FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 N°

# THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

# LA TENSION ARTÉRIELLE

CHEZ LES

## Femmes enceintes albuminuriques

PAR

Maurice BRUSLON

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
RÉPÉTITEUR DE LA FACULTÉ A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à St-Christophe (Indre-et-Loire)
*le 11 Avril 1882*

**Président : M. PINARD**

PARIS (VI^e^)
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
Jules ROUSSET
*1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12*

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**LE DOYEN,** M. LANDOUZY

| PROFESSEURS | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | CH. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ACHARD. |
| Pathologie médicale | WIDAL. DEJERINE. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | P. MARIE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | HARTMANN. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | MARFAN. |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | G. BALLET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

| MM. | AGRÉGÉS EN EXERCICE | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY. | CUNÉO. | LAUNOIS. | NOBECOURT. |
| BALTHAZARD | DEMELIN. | LECENE. | OMBREDANNE |
| BRANCA. | DESGREZ. | LEGRY. | PROUST. |
| BEZANÇON(F.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT. | POTOCKI. |
| BRINDÉAU. | GOSSET. | LOEPER. | RENON. |
| BROCA (André) | GOUGET. | MACAIGNE. | RICHAUD. |
| BRUMPT. | JEANNIN. | MAILLARD. | RIEFFEL. |
| CARNOT. | JEANSELME. | MARION. | SICARD. |
| CASTAIGNE. | JOUSSET (A.). | MORESTIN. | ZIMMERN. |
| CLAUDE. | LABBÉ (M.). | MULON. | |
| COUVELAIRE. | LANGLOIS. | NICLOUX. | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA GRAND'MÈRE

*Affectueux témoignage de reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE LE DOCTEUR
F. GENDRON
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD.

Que notre vénéré Maître veuille bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour les nombreuses marques de sollicitude et de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner. Nous sommes heureux et fier d'être l'élève d'un tel maître dont l'enseignement magistral et des conseils paternels nous ont montré la voie que nous devions suivre dans la pratique de chaque jour.

Nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en nous acceptant comme externe et en nous nommant ensuite répétiteur à la Clinique Baudelocque.

Qu'il veuille bien agréer enfin l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYROT
Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Sénateur de la Dordogne
Commandeur de la Légion d'Honneur
*Témoignage d'une très vive et profonde reconnaissance.*

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BLANCHARD
Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.
*Respectueux hommage d'un compatriote.*

A MES PREMIERS MAITRES DE L'HOPITAL DE TOURS

MM. LES DOCTEURS MEUNIER, BARNSBY, LAPEYRE, MERCIER, MAGNAN, TILLAYE, BAUDOUIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le PROFESSEUR POZZI.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST, chirurgien des Hôpitaux (Externat 1906-07, Hôpital Broca).

M. LE DOCTEUR CAUSSADE, médecin des Hôpitaux (Hôpital Tenon, 1907-08).

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ, Médecin des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉON BERNARD, Médecin des Hôpitaux (Hôpital Laennec 1908-09).

M. LE PROFESSEUR PINARD.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE, Accoucheur des Hôpitaux (Clinique Baudelocque 1909-1912.)

A MES AUTRES MAITRES DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS POTOCKI, J.-L. FAURE, BROCA.

MM. LES DOCTEURS, MOUCHOTTE, LACASSE, LE MASSON, POTTET, LEVY (Chefs ou anciens Chefs de Clinique).

M. LE DOCTEUR CAZEUX (in memoriam).

M. LE DOCTEUR LELIEVRE, Chef de Laboratoire.

# LA TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ALBUMINURIQUES

## INTRODUCTION

*« Il m'est arrivé souvent chez les femmes enceintes séjournant au dortoir, et que je faisais défiler derrière moi pour ne pas les reconnaître, de distinguer, en palpant ainsi leur radiale, celles qui étaient atteintes d'albuminurie gravidique, étant donnée l'hypertension artérielle que je constatais chez elles. »*

*C'est pour avoir entendu fréquemment notre maître, M. le Professeur Pinard, répéter cette phrase qu'il soulignait au Congrès international de Paris en* 1900, *en disant : « L'hypertension est en effet la règle chez les albuminuriques gravidiques », que nous avons entrepris sur ses conseils, et sous le contrôle de sa haute compétence, de vérifier en quelque sorte mathématiquement cette hypertension. Nous tenons toutefois à faire remarquer, dès à présent, que la question de la tension artérielle a déjà été abordée et traitée dans une certaine mesure, et qu'elle a donné lieu dans ces dernières années à plusieurs travaux d'ensemble dont l'intérêt mérite qu'on les signale dès le début de ce travail. Citons tout d'abord Queirel et Reynaud, qui rapportent au Congrès de* 1900 *trois observations de femmes enceintes albuminuriques, chez lesquelles*

*ils ont noté une tension supérieure à la normale. C'est sur les indications de Queirel qu'en* 1903 *Savelli étudie dans sa thèse la* TENSION ARTÉRIELLE *et la* FRÉQUENCE DU POULS DANS LA PUERPÉRALITÉ.

*Puis, en* 1907, *paraît la thèse de Chirié, qui étudie la* PRESSION ARTÉRIELLE CHEZ LES ECLAMPTIQUES, *et les rapports de la rétention chlorurée avec la pression sanguine. Enfin, en* 1908, *Blain traite surtout de* L'ÉTAT DU POULS DANS LA PUERPÉRALITÉ, *physiologique et pathologique; mais il n'accorde qu'un développement très restreint à la mesure de la tension artérielle dans l'albuminurie survenant au cours de la gestation. Nous pensons donc nous différencier de ces auteurs en étudiant surtout la* TENSION ARTÉRIELLE DANS L'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE, *et accessoirement, dans certaines complications de cette albuminurie, celles dont nous avons pu recueillir les observations au cours de ces deux dernières années. Nous ferons remarquer, en outre, que les auteurs que nous venons de signaler comme du reste la plupart de ceux qui ont étudié jusqu'à maintenant la pression sanguine, se sont tous servis pour la mesurer, du sphygmomanomètre de Potain. Or, le savant inventeur disait lui-même en* 1890 (1) « *Les indications du sphygmomanomètre appliqué à la radiale de l'homme vivant dépassent la pression maxima de cette artère d'environ* 1 *centimètre. Cet excès* (*de* 1 *centimètre*) *varie quand on observe sur des individus différents, avec l'épaisseur des parties molles, et leur degré de résistance.* » *Et Potain conclut que son appareil peut donner lieu à des écarts allant jusqu'à* 2 *centimètres de mercure.*

(1) POTAIN. Evaluation de la tension artérielle. *Arch. de physiologie*, 1890

*On sait, enfin, qu'il y a lieu de tenir compte dans les chiffres fournis par l'appareil de Potain d'un « coefficient personnel » favorisant encore les erreurs d'évaluation. C'est pour éviter l'influence de ce* « coefficient personnel » *et les excès d'estimation fournis par le Potain que nous avons eu recours d'une façon presque exclusive à des appareils d'invention récente, d'une précision plus sûre, qui donnent en quelque sorte automatiquement la tension maxima normale. Ce sont le* sphygmosignal de Vaquez, *et surtout* l'oscillomètre de Pachon, *qui fournissent des résultats identiques entre eux.*

## DIVISION DU SUJET

C'est volontairement que nous nous abstiendrons de traiter en détail certains chapitres actuellement connus, dont le développement dépasserait les limites de notre sujet. Après avoir rappelé les principales recherches faites sur l'albuminurie des femmes enceintes, et sur la pression sanguine qu'elles présentent, nous ne ferons qu'effleurer l'étiologie, la pathogénie de l'albuminurie gravidique ; nous examinerons rapidement les lésions anatomo-pathologiques dont elle peut être la cause ; cela à seule fin de pouvoir tirer de nos observations les déductions qui se rapportent à ces chapitres. Nous rappellerons les principaux symptômes accompagnant l'albuminurie gravidique, et nous étudierons aussi complètement que possible l'état et les variations de la pression artérielle au cours de ce syndrome pathologique. Nous verrons les rapports de la tension avec la quantité d'urines émises, avec la quantité d'albumine, avec le régime suivi et avec le pouls. Nous étudierons les modifications de ces rapports au cours de la gestation et pendant les suites de couches. Nous verrons enfin les déductions qu'il y a lieu de tirer des observations que nous rapportons dans ce travail, toutes, observations de femmes suivies par nous à la Clinique Baudelocque, et recueillies, comme nous le recommandait M. Pinard, sans idée préconçue, ne faisant que noter rigoureusement pour chacune les particularités de chaque jour.

CHAPITRE I

# Historique. — Étiologie. — Pathogénie. Anatomie pathologique.

## HISTORIQUE

L'histoire de l'albuminurie gravidique est fort ancienne puisque déjà en 1486 Lavonarola parlait « de nuages dans l'urine des femmes grosses ». Mais on ignora fort longtemps quelle était la cause de ce phénomène particulier, et l'histoire de l'albuminurie ne dépassa pas, jusqu'en 1770, le cadre de constatations ou descriptions cliniques que firent nombre d'observateurs sagaces. Smellie (1), vers 1752, constatait que « les femmes enceintes peuvent avoir de l'enflure aux jambes se faisant sentir vers le soir, et qui, lorsqu'elle gagne les cuisses, monte jusqu'aux parties de la génération, et qu'elle se communique à la partie inférieure du bas-ventre ; si la femme est d'une forte complexion, il faut absolument en arriver à la saignée ». Puzos (2), en 1759, ne fait guère que mentionner parmi les accidents de la fin de la grossesse « une difficulté d'uriner ». C'est, en réalité, en l'année 1770 que commence l'histoire de l'albuminurie ; c'est à cette époque, en effet, qu'un médecin

(1) Smellie. *Traité théorique et pratique des accouchements*, 1752.
(2) Puzos. *Traité théorique et pratique des accouchements*, 1759.

napolitain Cotugno découvre cette « substance coagulable par la chaleur ». Au début du XIXe siècle, en 1800, Hamilton (1), le premier, établit la relation existant entre « les convulsions puerpérales » et « des symptômes d'anasarque, des gonflements œdémateux des extrémités inférieures et de la face, des douleurs lancinantes dans la tête, apparus dans les derniers mois de la grossesse », tous phénomènes qui généralement précèdent les accès. Une cinquantaine d'années après la découverte de Cotugno, un médecin anglais, Blackhall, signale le premier la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes. Cette constatation laisse d'ailleurs les médecins de l'époque assez indifférents, lorsqu'en 1840 Rayer (2) attire à nouveau l'attention sur l'albumine qu'on peut rencontrer dans l'urine des femmes enceintes, et adoptant le terme *d'albuminurie* créé en 1838 par Martin Solon, il distingue à côté d'une albuminurie liée à des lésions rénales, comme celles qu'avait signalées Richard Bright en 1827, une albuminurie indépendante de toute affection rénale, en rapport seulement avec l'état de grossesse.

La question est serrée de plus près encore par Lever, qui, en 1843, distingue l'albuminurie de la grossesse « d'une forme d'albuminurie survenant pendant le travail, et dans laquelle l'urine perd bien vite toute trace d'albumine » (3).

Toutefois la distinction établie par Rayer n'était pas admise par la plupart des auteurs qui voyaient dans l'albuminurie de la grossesse une altération primitive du

(1) Simpson. *Traité de clinique obstétricale*. Traduction Chantreuil.
(2) Rayer. *Traité des maladies des reins*, 1840.
(3) Cahen. *Thèse de Paris*, 1845.

rein, une néphrite albumineuse. C'est Régnauld et Devilliers, qui, en 1848, établissent d'une façon définitive et irréfutable que l'albuminurie peut se montrer sous la seule influence de la grossesse (1). L'année suivante, Blot (2), dans une thèse magistrale, proclamait, arguments en mains, l'existence d'une albuminurie de la grossesse, indépendante de toute altération rénale et de toute « maladie des voies urinaires ». Il délimite nettement l'albuminurie gravidique et l'albuminurie du travail, due selon lui à l'effort. Le premier, enfin, il montre l'influence prédisposante de la primiparité. Telles sont les idées exprimées par Blot en 1849 dans une étude qui restera la pierre fondamentale dans l'histoire de l'albuminurie gravidique. Telles sont aussi les idées devenues classiques et confirmées depuis par Jaccoud, Hubert (de Louvain), Petit et Cassin.

Une ère nouvelle s'ouvre dans l'histoire de l'albuminurie gravidique, lorsque la sphygmomanométrie est appliquée à la clinique. Jusque-là les auteurs, tels que Mauriceau, Velpeau, Cazeaux, Pajot, avaient signalé certains caractères spéciaux du pouls qui devient « plus dur, plus plein, plus fréquent et vibrant » dans des états pathologiques plus ou moins bien définis, voisins des crises éclamptiques. Après la découverte de Marey, on appliqua la sphygmographie à l'étude de la pression sanguine. Mais si cet appareil traduisait fidèlement la forme de la pulsation, il ne donnait, quant à la tension sanguine, que des résultats erronés et contradictoires. Aussi Constantin Paul (3), dans son

(1) Régnauld et Devilliers. *Arch. générales de médecine*, tome XVII.
(2) Blot. *Thèse de Paris*, 1849.
(3) Constantin Paul. Diagnostic et Trait. des maladies du cœur, 1883.

traité des maladies du cœur, faisait-il remarquer que l'état de la pression artérielle ne pouvait être donné que par le sphygmomanomètre. Et bien que Ballantyne (1) fût le premier à signaler l'élévation de la tension sanguine dans l'éclampsie, on ne peut accepter sans certaines réserves cette opinion basée sur les modifications particulières qu'il avait constatées dans les tracés sphygmographiques du pouls. Il faut arriver à 1894 où Vinay (2), se servant de l'appareil que Potain avait inventé en 1889, avance que la pression artérielle n'est élevée dans la grossesse qu'en cas d'albuminurie.

Les premières notions précises sur ce point remontent en réalité à 1897, où Vaquez et Nobécourt (3), étudiant la pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale, concluent que « l'hypertension précède toujours les accès éclamptiques, et qu'elle permet de prévoir leur imminence en dehors des autres symptômes prodromiques qui peuvent manquer ou passer inaperçus ».

La question a été reprise depuis par Saratoff (4), Chapon (5), Queirel et Reynaud (6) qui rapportent, au Congrès de 1900, les résultats de leurs recherches sur la tension artérielle chez la femme enceinte normale, chez l'albuminurique gravidique et chez les éclamptiques. A ce même Congrès, M. le Professeur Pinard tirait comme conclusion

(1) Ballantyne. *Edenburg medical*, I, 1885, mai.

(2) Vinay. *Traité des maladies de la grossesse*, 1894.

(3) Vaquez et Nobécourt. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 29 janvier 1897.

(4) Saratoff. Influence de la grossesse sur le cœur. *Thèse de Paris*, 1898.

(5) Chapon. La tension artérielle dans la puerpéralité. *Th. de Paris*, 1898.

(6) Queirel et Reynaud. Tension artérielle dans la puerpéralité. *Congrès de médecine*, 1900.

de ses nombreuses recherches que « l'hypertension est la règle chez les albuminuriques gravidiques ». Nous en aurons fini avec cet historique sommaire en citant les derniers travaux de Savelli (1), de Chirié (2) sur la pression artérielle chez les éclamptiques, de Vaquez, et, enfin, de Blain (3), sur le pouls dans la puerpéralité.

(1) Savelli. La tension artérielle et la fréquence du pouls dans la puerpéralité. *Thèse de Montpellier*, 1903.

(2) Chirié. La pression artérielle chez les éclamptiques. *Th. de Paris*, 1907.

(3) Blain. Etat du pouls dans la puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1908.

## ÉTIOLOGIE

Avant d'étudier les causes de l'albuminurie gravidique, voyons en quoi elle consiste exactement.

« L'apparition de l'albumine dans les urines de la femme enceinte, disait Cazeaux, n'est qu'un trouble fonctionnel momentané qui cesse avec la cause qui la produit. » Cette définition est singulièrement voisine de celle que donnent les auteurs modernes, pour lesquels l'albuminurie gravidique proprement dite est celle qui « n'apparaît qu'après le début de la grossesse pour cesser après l'accouchement » (1). Elle est donc liée à l'état de gestation lui-même, et se montre chez des femmes n'ayant jamais présenté le moindre symptôme de néphrite.

### Fréquence

L'albuminurie gravidique n'est pas aussi fréquente qu'on l'a cru pendant longtemps. Blot (2) donne la proportion de 1/5 ; Petit (3) celle de 1 pour 7 ; Cassin (4) arrive à celle de 1 pour 15 ; enfin Doléris (5) prétend qu'il n'y a guère qu'une femme albuminurique sur 20. C'est à cette dernière opinion que se rangent les auteurs actuels, et c'est cette proportion de 1 pour 20 qui est admise par Ribemont-Dessaignes et Lepage (6).

(1) Chambrelent et Cathala. Pratique des accouchements.

(2) H. Blot. Albuminurie des femmes enceintes. *Thèse de Paris*, 1849.

(3) Petit. Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes. *Thèse de Paris*, 1876.

(4). Cassin. Recherches cliniques sur l'albuminurie de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1880.

(5) Doléris. Communication à la *Société de biologie*, 18 juillet 1885.

(6) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Traité d'accouchements.*

Les statistiques montrent en outre que la primiparité semble jouer un rôle important dans l'étiologie de l'albuminurie gravidique. Alors que Blot trouve chez les multipares la proportion de 1 pour 9, 6, Petit indique celle de 1 pour 5, 6, chez les secondipares ; et celle de 1 pour 4 chez les primipares. Valette (1) cite les chiffres de 1 pour 11 chez les multipares, et de 1 pour 5 chez les primipares. Enfin, les femmes jeunes semblent payer un plus large tribut à l'albuminurie, et alors que Petit (2) cite la proportion de 1/5 entre 30 et 40 ans, il arrive progressivement à celle de 1/4, 18 entre 21 et 26 ans, et à celle de 1/3,16 entre 15 et 20 ans. Aussi conclut-il que « la fréquence de l'albuminurie gravidique atteint son maximum chez les femmes qui se rapprochent le plus du début de la vie sexuelle ». Rare dans les 6 premiers mois, la fréquence de l'albuminurie augmente au fur à mesure que la grossesse approche du terme, et c'est surtout dans les 2 derniers mois qu'elle se manifeste le plus souvent. L'influence du froid, surtout du froid humide, est également indéniable. Les traités signalent encore l'influence de l'hérédité, des mauvaises conditions hygiéniques, du développement exagéré de l'utérus comme dans les grossesses gémellaires ou dans l'hydramnios.

Certains auteurs, enfin, admettent le rôle prédisposant d'une maladie fébrile aiguë antérieure à la gestation ; et Talamon pense que l'albuminurie gravidique a pour cause constante une néphrite latente ou évidente antérieure à la grossesse. Mais comme le fait remarquer M. Pinard, bon nombre de femmes présentent dans leurs antécédents pa-

(1) Valette. *Thèse de Paris*, 1901.
(2) Petit. *Thèse de Paris, loco citato.*

thologiques soit une diphtérie ou une scarlatine, soit une fièvre typhoïde, etc., et cependant leur gestation évolue normalement, sans qu'il soit constaté jamais la moindre trace d'albumine dans leurs urines. Il ne s'ensuit donc pas, du fait qu'une femme a eu jadis une maladie infectieuse, qu'elle est fatalement vouée à l'albuminurie gravidique.

## PATHOGÉNIE

La recherche de la cause principale de l'apparition de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes a donné naissance à une foule de théories, dont beaucoup ne possèdent plus actuellement qu'un intérêt historique.

Les défenseurs de la théorie *hématique* ou *dyscrasique*, soutenue par Andral, Becquerel, admettaient des modifications du sang pendant la grossesse, modifications consistant en une augmentation de la quantité d'eau, et une diminution de l'albumine. Celle-ci, tombant de 70 à 60 p. 1.000, se rapproche du point où, d'après Straus, se fait l'osmose du sérum hors des vaisseaux. Gubler proposa la théorie de la *superalbuminose* ; pour lui, le foie, subissant l'influence de la grossesse, devenait incapable d'utiliser toute l'albumine des aliments; il en résultait le passage de l'albumine dans le sang, et ensuite dans l'urine.

Blot et Martin, Cl. Bernard et Vulpian, considéraient que l'albuminurie résultait de l'action exercée sur le système nerveux du rein par les nerfs de l'utérus irrités par le produit de conception. Cette théorie *nerveuse* fut détrônée par la théorie *mécanique*, qui voulait que l'albuminurie des femmes enceintes fût une conséquence de la compression des reins, des uretères et du col de la vessie, par l'utérus gravide. On cite à l'appui de cette théorie l'expérience de Brown-Séquard qui aurait fait disparaître l'albumine des urines d'une femme enceinte, en la faisant tenir sur les coudes et les genoux.

Doléris et Poney, en 1884, émirent l'idée d'une infection

microbienne déterminant l'apparition de l'albumine pendant la gestation. Leurs recherches furent reprises par Jurgens en 1886, par Blanc en 1889, plus tard par Hergott (1) qui découvrirent dans l'urine et dans le foie d'un certain nombre d'éclamptiques « un coccus allongé offrant à ses deux extrémités des points foncés analogues à des noyaux ». Mais comme le fait remarquer Bouffe de St-Blaise (2) « aussi longtemps qu'il n'y aura pas un microbe bien défini et isolé, et que les inoculations faites avec ses cultures ne reproduiront pas la maladie avec tous ses caractères, nous ne pourrons rien affirmer ». Roger et Barth reconnaissaient comme cause principale de l'albuminurie gravidique une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli contorti et de la capsule de Bowman, avec une dégénérescence colloïde de l'épithélium du glomérule. Cette théorie de *l'altération anatomique* du rein a été combattue par M. Bar qui n'a trouvé aucune lésion anatomique nette dans les reins des rares albuminuriques dont il ait pu faire l'autopsie.

A l'heure actuelle, on considère que la cause principale de l'apparition de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes est *l'auto-intoxication*. Et M. le professeur Pinard, se faisant l'éloquent défenseur de cette théorie, disait, en 1893, à l'Académie de Médecine (3) : « Nous ne considérons plus l'éclampsie, l'albuminurie, comme des maladies, comme des entités morbides, mais bien comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique. » Cette théorie

(1) Hergott. *Annales de gynécologie et obstétrique*, janvier-février, 1893.

(2) Bouffe de Saint-Blaise. Lésions anatomiques de l'éclampsie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1891.

(3) Pinard. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1893.

est basée sur les recherches de M. le professeur Bouchard qui démontra qu'il existait dans l'organisme de l'individu normal des poisons endogènes, résultant de l'activité de la vie cellulaire ; qu'il s'y formait des poisons microbiens apportés par les aliments, riches en substances toxiques d'origine minérale ou animale, voire en microbes. Les phénomènes normaux de la digestion, les sécrétions glandulaires, les fermentations intestinales, donnent aussi naissance à des poisons qui sont arrêtés et neutralisés par les organes hématopoïétiques et surtout par le foie, que Hanot compare « à une de ces usines où l'industrie moderne transforme en produits inoffensifs et même utilisables les déchets d'organismes vivants ». Que ces organes de transformation deviennent incapables de remplir leur tâche, soit par le fait d'une trop grande abondance de poisons, soit par le fait d'une altération anatomique ; que les organes éliminateurs, peau, poumons, intestin et surtout reins, deviennent insuffisants ; l'équilibre physiologique est rompu, la *toxémie* est constituée.

Cela est vrai pour l'organisme normal ; l'est-ce à plus forte raison pour la femme en état de gestation, chez laquelle il se produit « une augmentation des actes nutritifs, et une formation de déchets plus abondants » (1). De plus on observe souvent la constipation chez les femmes enceintes ; il en résulte une absence d'élimination et une rétention toxique pouvant déterminer des accidents graves.

Une cause encore d'intoxication est la suppression de la menstruation, et Charrin a démontré que le sang des règles était très toxique. Enfin, d'après Letulle, Brindeau et Nat-

(1) Charcot et Bouchard. *Traité de médecine*, tome I.

tan-Larrier, le placenta est le siège de produits toxiques se déversant dans l'organisme maternel.

« En résumé, dit M. Bouffe de St-Blaise (1), la grossesse normale est l'origine d'une surproduction de poisons, ou d'une production de poisons nouveaux » qui ne sont plus transformés ou neutralisés par la rate, les capsules surrénales, et surtout par le foie ; qui ne sont plus éliminés par la peau, l'intestin et les reins. Si ces organes sont sains, il ne ne se produira qu'une intoxication de peu de gravité ; si pour une cause quelconque ils sont en état de moindre résistance, il se produit une intoxication grave résultant tout particulièrement de l'insuffisance hépatique. Les produits toxiques non détruits vont aller irriter le rein, troubler son bon fonctionnement, et l'on verra apparaître l'albumine dans les urines.

En résumé, de toutes les conceptions pathogéniques émises actuellement, M. Pinard n'admet que celle de la *toxémie gravidique par insuffisance hépatique*, de *l'hépato-toxémie*. L'albuminurie comme les accès convulsifs sont des manifestations de cette hépato-toxémie appartenant à la seconde moitié de la gestation, alors que les vomissements graves en sont une autre manifestation survenant dans la première moitié de la gestation.

(1) Bouffe de Saint-Blaise. Les auto-intoxications de la grossesse.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies de femmes atteintes d'albuminurie gravidique simple sont rares, et les lésions de l'appareil urinaire sont mal connues ; elles sont d'ailleurs extrêmement variables et n'offrent rien de bien caractéristique la plupart du temps . Ce qu'on constate avec la plus grande fréquence, c'est une congestion rénale plus ou moins accentuée. Les lésions de néphrite épithéliale ou interstitielle que l'on rencontre parfois sont généralement des lésions anciennes, antérieures à la grossesse, qui, on le sait, constitue pour le mal de Bright une complication dangereuse. Dans les albuminuries massives, on a parfois rencontré des reins augmentés de volume avec dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales, et Virchow considérait cette dernière comme caractéristique du rein de la grossesse ; d'où le nom de « rein gras gravidique » qu'il lui donnait.

Cette dégénérescence, quand elle existe, semble plutôt en rapport avec la rétention chlorurée qui est un fait connu chez les albuminuriques gravidiques ; et les travaux de M. Bar (1) tendent à démontrer que « toute rétention de chlorures dans l'organisme paraît exercer sur l'épithélium rénal une action nocive ».

On peut observer aussi des lésions du foie se rapprochant de celles qui ont été décrites dans le foie des éclamptiques.

On a décrit encore des lésions du cœur consistant en phénomènes de dégénérescence graisseuse. Ce qu'on rencontre surtout, c'est une augmentation de volume de l'organe

(1) P. Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, tome II, p. 171.

résultant, d'une part, de la dilatation ventriculaire admise déjà chez la femme enceinte normale, par Constantin Paul, Letulle, et tous les auteurs modernes, vérifiée par Bouchard et Balthazard qui concluent de leurs recherches (1) que « la surface cardiaque est accrue en valeur absolue pendant la grossesse » ; d'autre part, de l'hypertrophie que M. Bar considère comme constante chez les femmes ayant présenté de l'albuminurie et chez les éclamptiques.

« L'influence de l'albuminurie et de l'éclampsie sur l'augmentation de volume du cœur, dit Vinay (2), est des plus manifestes. En même temps que l'augmentation de la masse, il existe une légère dilatation du ventricule droit, si bien que par son aspect l'organe offre comme une ébauche de cœur de Traube. »

Beaucoup plus nettes sont les lésions anatomiques retrouvées chez les éclamptiques ; celles-ci ont été admirablement étudiées par M. Bouffe de St Blaise, et M. le Professeur Bar (3) ; reproduites expérimentatlement par Chirié dans ses recherches sur les effets de la mise en tension des reins chez le chien (4). « On trouve dans les autopsies de femmes éclamptiques, dit M. Bouffe de St-Blaise (5), certaines lésions d'une constance absolue ; ces lésions sont tout à fait particulières à l'éclampsie et ne se retrouvent dans aucune autre maladie ». Ce qui domine dans ces lésions, ce qui frappe

(1) Bouchard et Balthazard. Le cœur à l'état normal et au cours de la grossesse. *Académie des Sciences*, 1er décembre 1902.

(2) Vinay. Hypertrophie gravidique du cœur. *Archives de gynécologie et de tocologie*, 1893.

(3) P. Bar. *Pathologie obstétricale, loco citato.*

(4) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*

(5) Bouffe de Saint-Blaise. Lésions anatomiques dans l'éclampsie. *Thèse de Paris*, 1891.

le plus à l'autopsie, c'est la congestion intense de tous les organes, qui à la surface comme à la coupe présentent des taches ecchymotiques, des suffusions sanguines plus ou moins étendues, plus ou moins confluentes. « Hémorragies dans les reins et dans le foie, hémorragies dans la rate comme dans le cerveau, c'est là, dit M. Wallich (1), la lésion dominante, et c'est l'hémorragie qui tue les femmes. » Ce n'est que consécutivement à l'hémorragie que les territoires embolisés sont frappés de dégénérescence, et présentent des phénomènes de nécrose.

Le foie est particulièrement touché, et c'est lui le premier atteint. Il est généralement augmenté de volume ; il est farci de foyers hémorragiques « donnant à l'organe un aspect tigré particulier » et qui parfois se collectent en une vaste nappe décollant presque entièrement la capsule de Glisson. Le parenchyme hépatique est parsemé parfois « d'infarctus blancs » et « d'infarctus rouges répondant à une hémorragie récente » (2). L'examen histologique montre des lésions de dégénérescence portant sur les cellules hépatiques et sur les capillaires détruits et nécrosés . « En résumé, dit M. Bar, les lésions du foie récentes ou anciennes, diffuses ou discrètes, sont celles d'une hépatite dégénérative avec ou sans hémorragies. »

Mêmes lésions congestives, même dégénérescence du tissu noble du rein et de la rate. Même pigmenté hémorragique des centres nerveux et des méninges ; parfois il existe de l'œdème du cerveau, ou de l'hydropisie ventriculaire;

(1) Wallich. Cours complémentaire de clinique obstétricale à la Clinique Baudelocque. *Leçon du 2 Juin* 1912.

(2) P. Bar. *Pathologie obstétricale, loco citato.*

parfois enfin on trouve une hémorragie cérébrale ou méningée pouvant déterminer la mort. Il existe enfin, dans l'albuminurie comme dans l'éclampsie, des lésions placentaires et fœtales, presque constantes et bien mises en évidence par M. le professeur Pinard. Le placenta albuminurique est généralement petit, atrophié, d'un poids bien inférieur à la normale. Il présente presque toujours des foyers hémorragiques intra-placentaires à différents âges : les uns, de coloration rouge foncé, correspondent à une hémorragie récente, et donnent au placenta un aspect spécial que M. Pinard désigne sous le nom de « *placenta truffé* ». Les autres, plus anciens, ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse, ont l'aspect d'une masse blanchâtre, dure au toucher et résistante à la coupe. Ces épanchements sanguins résultent, comme le fait remarquer M. Wallich (1), de l'éclatement des capillaires allant se ramifier dans les villosités choriales. Toutes ces altérations, on le conçoit, diminuent singulièrement le champ de l'hématose, et l'insuffisance du placenta a pour conséquence soit la mort du fœtus par asphyxie, soit son défaut de développement.

On ne peut s'empêcher, à la fin de cette courte revision, d'établir un rapprochement entre les diverses manifestations de *l'hépato-toxémie* gravidique : celles qui, d'une part, se traduisent par le passage de l'albumine dans les urines ; et celles, d'autre part, qui ont pour symptôme dominant *l'ictère*. Dans son étude très complète sur les ictères dans la puerpéralité, M. Le Masson (2) rapporte plusieurs obser-

(1) Wallich. Enseignement oral à la Clinique Baudelocque.

(2) Le Masson. Les ictères et la colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1898.

vations d'ictère accompagné d'éclampsie. « Bien que les ictères et les accès éclamptiques soient deux symptômes différents, dit-il, il existe néanmoins entre eux plusieurs points communs », concernant l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et la clinique.

Ces rapports semblent bien exister aussi entre l'albuminurie gravidique et l'ictère, puisque : 1° au point de vue *étiologique*, l'albuminurie gravidique, comme l'ictère, se montre de préférence chez les primipares, chez les femmes jeunes « dans la seconde moitié de la grossesse » et plus particulièrement vers les 8e et 9e mois.

2° Au point de vue *anatomo-pathologique*, on retrouve dans l'albuminurie, comme dans l'ictère, des lésions analogues et constantes, traduisant dans un cas comme dans l'autre l'insuffisance fonctionnelle du foie d'abord, du rein ensuite.

3° Au point de vue *pathogénique*. C'est l'insuffisance hépatique qui est la cause de ces deux phénomènes morbides de la grossesse, et il semble dès lors permis de regarder l'albuminurie ainsi que l'ictère « comme deux manifestations sœurs de *l'hépato-toxémie gravidique* » (Le Masson).

## CHAPITRE II

### Etude des symptômes capitaux accompagnant l'albuminurie gravidique.

« L'albuminurie, dit Cazeaux (1), indique toujours un état pathologique, dont elle est le symptôme. » Mais si la présence de l'albumine dans les urines est le symptôme capital, il n'est pas toujours le seul ; la plupart du temps, il est accompagné d'autres phénomènes dont certains existent avec une remarquable constance. Ce sont ceux-là que nous avons observés chez la plupart de nos albuminuriques, que nous allons rappeler brièvement.

Au premier rang, il faut citer l'œdème. Très souvent il précède l'apparition de l'albumine ; c'est lui qui attire généralement l'attention et de la femme et du médecin. Il débute généralement au niveau des malléoles.

D'abord fugace et limité, s'atténuant avec le repos, il envahit peu à peu les membres inférieurs qui deviennent « enflés et lourds » et perdent plus ou moins leur forme. Les parties supérieures du tronc, la face elle-même, ne tardent pas à être pris, et le gonflement des paupières, la bouffissure du visage, la pâleur cireuse des téguments, donnent à la femme un facies blafard spécial. Cet œdème peut enfin se généraliser, et infiltrer la paroi abdominale, les organes

(1) Cazeaux. *Traité d'accouchements*, 1858.

génitaux, réalisant de cette façon le tableau de l'anasarque ; on a même signalé de l'œdème des séreuses, et en particulier de l'ascite et de l'hydrothorax.

On sait depuis les travaux d'Achard, de Widal et d'Ambard, que cet œdème est une conséquence de la rétention chlorurée. Après l'œdème, ce sont les troubles du système nerveux qui sont les plus fréquents, et les plus nettement accusés. La plupart des albuminuriques gravidiques accusent une céphalalgie intense, tenace, empêchant parfois tout sommeil. Elle présente, en outre, une localisation assez spéciale, sur laquelle M. Pinard a beaucoup insisté ; c'est une céphalée surtout *frontale*. Elle est accompagnée généralement de vertiges, de troubles auditifs, consistant en bourdonnements d'oreilles, avec ou sans dureté de l'ouïe ; de troubles visuels que traduisent les femmes en disant qu'elles ont « des brouillards devant les yeux ou des mouches volantes ». Les troubles de la vue peuvent être plus accentués encore et aller jusqu'à l'amblyopie ou l'hémianopsie.

Il faut signaler encore des névralgies diverses dont la plus fréquemment observée est la douleur épigastrique dite *barre de Chaussier ;* des douleurs névralgiques dans les membres, dans les mollets principalement, avec sensation de fourmillements dans les doigts, parfois même une sensation de doigt mort.

Beaucoup d'albuminuriques gravidiques accusent encore une impressionnabilité excessive au froid, même dans les saisons chaudes. Enfin, on note quelquefois chez elles une certaine paresse intellectuelle, de l'indifférence, de l'asthénie, voire de la somnolence.

Du côté de l'appareil digestif, on observe des nausées, quelquefois des vomissements, de la diarrhée et plus souvent de la constipation.

Du côté de l'appareil circulatoire, il faut signaler des hémorragies diverses, dont la plus fréquente est l'épistaxis, légère et répétée, qui n'est souvent qu'un moyen bienfaisant de dérivation. Beaucoup plus rares sont les hématémèses et les hémoptysies ou les hématuries. Les palpitations de cœur ne sont pas rares, et si l'on pratique l'auscultation, on perçoit quelquefois une ébauche plus ou moins nette de bruit de galop.

Le pouls présente des caractères particuliers déjà signalés par Mauriceau, Velpeau, Cazeaux, Pajot, etc. Il est plus fréquent, dur, plein, tendu au toucher, et quelquefois dicrote (Barnes).

Les troubles de l'appareil respiratoire sont plus rares. Néanmoins on observe quelquefois de l'oppression, de la dyspnée d'effort, de la toux quinteuse, existant indépendamment de l'œdème pulmonaire qui peut survenir brusquement.

La plupart de ces symptômes rappellent singulièrement, on le voit, ceux que M. Dieulafoy a décrits sous le nom de « petits accidents du brightisme ». Ils traduisent l'intoxication profonde de tout l'individu, et la réaction de défense des différents organes.

Mais à les bien considérer, tous ces troubles fonctionnels ne sont que les signes habituels de l'hypertension ; c'est dire que l'albuminurie gravidique s'accompagne d'un autre symptôme important, l'exagération de la tension artérielle, que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE III

## Etude de la tension artérielle dans l'albuminurie gravidique.

### TECHNIQUE

Avant de commencer cette étude, nous rappellerons brièvement dans quelles conditions nous nous sommes placés pour évaluer la tension, car on sait que les résultats peuvent varier avec nombre de facteurs de tous ordres.

Toutes nos femmes ont été examinées, toujours le matin vers la même heure (10-11 heures), au repos absolu dans leur lit, les muscles étant parfaitement relâchés, et à jeun.

Or, on sait que c'est le matin où la pression artérielle atteint son minimum. L'influence de la position du sujet est à considérer, puisqu'il est établi que la pression est plus élevée dans la station debout que dans la position horizontale; plus élevée aussi après un travail musculaire, après un effort (1) qu'au repos, les muscles étant relâchés. Nous avons encore évité de cette façon l'influence de la digestion pendant laquelle la tension s'élève sensiblement. Enfin, toutes les albuminuriques étant systématiquement placées dans des chambres à température constante à 20°, nous avons évité les variations produites par le froid, agent

(1) Hallion et Comte. La pression artérielle pendant l'effort. *Société de Biologie*, 14 novembre 1896.

hypotenseur pour les uns (Bouloumié-Amblard), hypertenseur pour les autres (Determannn-Gouget).

Tout au début de nos recherches, nous avons employé l'appareil de Potain ; mais tenant compte des reproches qu'on lui adresse (exagération dans l'évaluation de la pression, coefficient personnel, qui peut faire varier l'approximation de 1 à 2 centimètres de mercure), nous avons eu recours aux sphygmomanomètres à compression circulaire, à celui de Pachon en particulier, ne consignant dans nos observations que la tension *maxima*, la seule intéressante ici. Enfin, la recherche de l'albumine, faite selon des procédés classiques (acide azotique, chaleur et acide acétique, réactif d'Esbach, après filtration), fut toujours pratiquée sur les urines recueillies le matin, les femmes étant encore à jeun. Nous avons évité ainsi l'influence de la digestion et de la station debout pendant lesquelles Lécorché et Talamon (1) ont noté une augmentation notable de l'albumine. Enfin, le tube d'Esbach indiquait toujours la quantité la plus basse d'albumine, puisque l'on sait, depuis les recherches de ces auteurs, que l'albuminurie atteint son minimun entre 6 et 10 heures du matin.

## I. La tension artérielle chez la femme enceinte normale.

La tension artérielle chez l'individu normal est, d'après Potain et Chéron, de 16 à 18 centimètres. Présente-t-elle des modifications chez la femme enceinte normale ?

(1) Lécorché et Talamon. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.*

Macdonald (1), d'après ses tracés, admettait une élévation de la pression artérielle. Maray et Dumas, se basant sur des tracés sphygmographiques, arrivaient à la même conclusion, concernant les nouvelles accouchées. Louge (2), le premier, faisant table rase des idées admises jusque-là, soutient que la plupart du temps, la pression sanguine n'est pas modifiée par la grossesse. Cette opinion est confirmée dans la suite par Vinay (3) qui, étudiant au sphygmomanomètre la pression artérielle de femmes enceintes, affirme qu'elle reste normale dans la grossesse physiologique.

Les auteurs ne sont cependant pas tous d'accord en ce qui concerne l'évaluation de cette tension. M. Vaquez (4) dit que « dans la grossesse normale, quelle que soit l'époque de la grossesse, tant que les contractions utérines n'ont pas commencé », la pression oscille entre 12 et 16 centimètres de Hg. Pour Queirel et Reynaud (5), la normale est de 15 à 16; pour Bouchard et Balthazar (6), « la moyenne des pressions artérielles pendant la grossesse est de 16 centimètres, chiffre inférieur à la valeur trouvée chez les individus normaux, laquelle est de 16,3 ». Savelli (7) cite les chiffres de 14 à 15. Ces différences, comme le fait remarquer M. Vaquez (8), tiennent à ce que les appareils

(1) Reynaud et Olmer. La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies. *Gazette des Hôpitaux*, 19 mai 1900.

(2) Louge. Pouls puerpéral physiologie. *Thèse de Paris*, 1886.

(3) Vinay. *Traité des maladies de la grossesse, loco citato.*

(4) Vaquez et Millet. Grossesse normale et cœur sain. *Presse médicale*, 2 février 1898.

(5) Queirel et Reynaud. *Congrès de* 1900, *loco citato.*

(6) Bouchard et Balthazard. *Cœur et grossesse, loco citato.*

(7) Savelli. *Thèse de Montpellier, loco citato.*

(8) Vaquez. De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 15 février 1906.

employés ne sont pas les mêmes; et l'on peut admettre, avec lui et Chirié, que la tension normale dans la grossesse physiologique oscille entre 13 et 14.

C'est aussi la moyenne de tension que nous avons trouvée à l'aide du Pachon, chez toutes les femmes enceintes normales, examinées par nous au dortoir de la Clinique Baudelocque, chiffres dans presque tous les cas inférieurs à ceux de 14 à 16, voire même 17, fournis par le Potain chez les mêmes femmes.

## II. La tension artérielle chez les albuminuriques gravidiques. Ses rapports avec l'albumine, la diurèse, le régime et le pouls.

Cette courte étude de la pression sanguine chez la femme enceinte normale semble peut-être superflue, puisque nous nous proposons de l'étudier surtout chez l'albuminurique gravidique. Il nous a cependant paru utile d'en parler puisque nous connaissons à présent des chiffres qui vont nous servir de termes de comparaison entre ce qui est physiologique et pathologique. Nous pourrons mieux apprécier de la sorte les modifications que subit cette tension du fait de l'albuminurie gravidique.

Nous étudierons d'abord ses rapports et ses variations avec la quantité d'albumine et d'urines émises chaque jour, puis avec le pouls. Nous verrons l'influence du repos et du régime alimentaire sur tension, diurèse et albuminurie, facteurs dont nous étudierons enfin les modifications suivant l'âge de la grossesse, c'est-à-dire au cours et à la fin de la gestation, pendant le travail et après la délivrance, enfin pendant les suites de couches.

Tension et albuminurie. — Vouloir établir une moyenne de tension artérielle chez la femme enceinte albuminurique, comme cela a été fait chez la femme gravide normale, serait une pure fantaisie de l'esprit, cela se conçoit, puisque cette tension est à la fois fonction du sujet et des causes qui l'engendrent ou l'influencent. Vinay (1) avait bien étudié la pression sanguine au cours de la gestation normale et pathologique ; il avait indiqué que son élévation coïncidait avec la présence d'albumine dans les urines ; mais on ne trouve dans son traité aucune évaluation précise de cette hypertension. Vaquez et Nobécourt (2) communiquent à la Société médicale des Hôpitaux, en 1897, le résultat de leurs très intéressantes recherches sur la pression artérielle chez les éclamptiques et ils concluent que l'hypertension précède toujours les accès convulsifs. L'année suivante, M. Vaquez (3), serrant la question de plus près, signale « qu'une pression atteignant 19 à 20 centimètres de Hg indique une cause pathologique qui est presque toujours l'albuminurie ». Queirel et Reynaud rapportent, au Congrès de 1900, trois observations de femmes ayant présenté depuis le 7e mois de la gestation une albuminurie persistante de 1 à 3 grammes, avec œdème des membres inférieurs et de la face, troubles de la vue, etc., et chez lesquelles la tension avait varié entre 17 et 19 jusqu'à l'accouchement. Il faut remarquer toutefois que « si les courbes de la pression sanguine et de la quantité d'albumine suivent une

(1) Vinay. *Traité des maladies de la grossesse, loco citato.*

(2) Vaquez et Nobécourt. *Société médicale des Hôpitaux*, 29 janv. 1897.

(3) Vaquez et Millet. Le cœur dans la grossesse normale. *Presse médicale*, 2 février 1898.

marche parallèle, ce rapport ne se manifeste que dans les cas où l'albumine s'élève et se maintient d'une façon persistante au-dessus de 1 gramme » (Queirel).

Un peu plus tard, M. Vaquez (1), reprenant la question, signale à nouveau comme pathologique toute pression sanguine atteignant 18 au Potain ; il émet l'opinion que des femmes qui n'étant pas encore albuminuriques « mais qui le deviendront au moment des accès éclamptiques, ont déjà une tension très élevée, et qu'elles sont en instance d'éclampsie ».

Dans ses conclusions Chirié dit : « Les malades présentant une albuminurie passagère ont une tension normale ; quand l'albuminurie est durable, persistante, la tension artérielle s'élève, se maintient en général, mais non d'une façon constante, à un chiffre élevé, 16-17-18 ».

Sur 11 femmes enceintes albuminuriques suivies par Blain (2), 3 ayant depuis des traces jusqu'à 2 grammes d'albumine ont présenté une tension variant entre 14 et 14, 5. Chez 5 autres, ayant des traces d'albumine jusqu'à 3 grammes, il trouve une tension oscillant entre 15 et 17 ; enfin, 3 femmes seulement ayant dé 1 à 5 grammes d'albumine ont accusé une tension de 18, 5 à 22, 5. Et Blain conclut « qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'augmentation de l'albumine dans les urines et l'élévation de la pression artérielle ».

Nous partageons jusqu'à un certain point seulement cette opinion, car pour notre compte, nous avons observé des femmes ayant une hypertension manifeste, et dont

(1) Vaquez. *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 15 février 1906.
(2) Blain. *Thèse de Paris, loco citato.*

l'urine ne renfermait pas d'albumine, ou seulement des traces très faibles. Il est vrai que nous avons généralement relevé chez elles des signes de sclérose rénale, et que nous avons presque toujours retrouvé les petits signes du brightisme. Nous rapportons dans nos observations, des cas dans lesquels les femmes, avec une petite quantité d'albumine, présentaient une tension de 18, 19; d'autres, au contraire où la pression, quoique élevée, ne semblait plus en rapport avec l'albuminurie considérable.

Mais on ne peut faire de fréquentes exceptions une règle absolue, et s'il n'y a pas de *rapport constant* pouvant s'exprimer numériquement, entre l'albuminurie et la pression sanguine, il y a tout au moins un *parallélisme* évident dans la pluralité des cas.

Ce parallélisme nous a paru surtout accusé dans les albuminuries moyennes, dans celles de 2 à 5, 6 grammes. Au delà de ce taux, le degré de tension ne semble plus subir un accroissement proportionné à l'intensité de l'albuminurie. Mais qu'il s'agisse d'albuminurie moyenne ou forte, on voit presque toujours les courbes de tension et d'albumine calquées l'une sur l'autre. A une diminution de la quantité d'albumine correspond généralement un abaissement de la tension et vice versa.

C'est enfin dans les albuminuries massives, dans celles qui atteignent 8, 10 et 12 grammes que la tension nous a paru le plus élevée, atteignant 21, 23 et même 25.

En résumé, *toutes les albuminuriques gravidiques sont des hypertendues :* de même qu'il existe chez chacune une différence de quantité en ce qui concerne l'albumine, il y a pour chacune une différence de degré dans l'hypertension,

en sorte que chaque malade possède sa courbe de tension personnelle.

Mais encore une fois, quelle que soit la pression artérielle, ses modifications journalières correspondent presque toujours aux variations quotidiennes de l'albuminurie, et le parallélisme, entre les deux est d'autant plus évident que l'une et l'autre sont plus élevées.

Tension et Diurèse.

Si la tension artérielle est en relation sétroites avec l'albuminurie, elle semble l'être aussi avec la diurèse.

A l'état normal, on sait que la femme émet 1.250 à 1.350 grammes d'urines par jour. La sécrétion urinaire est-elle modifiée pendant la gestation ? Cazeaux (1) prétendait que « la sécrétion rénale est rarement augmentée pendant la grossesse », et ajoutait-il : « Si quelques auteurs ont avancé le contraire, c'est qu'ils ont été trompés par les envies fréquentes d'uriner que les femmes éprouvent à certaines époques de la gestation ». Cette question a été reprise par d'autres auteurs qui sont arrivés à cette conclusion qu'il existe de la *polyurie* dans les deux derniers mois de la grossesse. Winckel cite le chiffre de 1.750 cc. d'urines par jour; Schönberg celui de 1.517 cc. 3. M. le professeur Bar (2) conclut de ses nombreuses recherches que « la polyurie n'est pas un phénomène constant à la fin de la grossesse, mais qu'elle s'observe chez certaines primipares, et qu'elle est commune chez les multipares ». La polyurie est donc un phénomène normal chez la femme enceinte normale.

Elle est également presque constante et souvent considé-

(1) Cazeaux. *Traité d'accouchements*, 1858.
(2) P. Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, tome II, p. 705.

rable dans l'abuminurie gravidique ; et M. le professeur Pinard, dans son enseignement magistral, insiste toujours sur les caractères de l'urine des albuminuriques gravidiques, qui est « *abondante, pâle, mousseuse, claire et ne dépose pas au fond du bocal* ».

Chez beaucoup de femmes enceintes albuminuriques, l'excrétion urinaire atteint le chiffre de 1.750 à 2.000 grammes ; chez certaines, la quantité d'urines atteint 3 litres et plus. Cette polyurie est-elle en rapport avec l'élévation de la tension artérielle ? La physiologie nous enseigne que plus la pression sanguine est élevée dans l'artère rénale, plus la sécrétion de l'urine est active. D'autre part, les travaux de Ambard (1) ont nettement démontré le rôle hypertenseur du chlorure de sodium, et M. le professeur Bar, puis Chirié, ont constaté que la rétention chlorurée était un fait commun chez les albuminuriques gravidiques. « Un des premiers effets de la rétention du NaCl, dit M. Bar (2), est l'élévation de la tension artérielle, mais cette hypertension est un mode de défense de l'organisme l'aidant à se débarrasser de l'excès de chlorures. Il s'établit un cycle dont les phases sont les suivantes : 1° rétention de chlorures; 2° élévation de la tension artérielle; 3° polyurie et excrétion d'un excès de chlorures; 4° rétablissement de l'équilibre chloruré.

Mais d'un autre côté la clinique nous apprend que l'hypertension, si utile tant qu'elle reste modérée, peut, lorsqu'elle subit un accroissement considérable, fermer

(1) Ambard. Rétention chlorurée dans les néphrites interstitielles. *Thèse de Paris*, 1905.

(2) P. Bar. *Leçons de pathologie obstétricale, loco citato.*

le rein et provoquer de véritables crises d'anurie.

Nos observations personnelles nous ont démontré que ce n'est pas au moment où l'hypertension atteint son chiffre le plus élevé que la diurèse atteint son maximun. Chez les femmes profondément intoxiquées, grandes albuminuriques ou éclamptiques, nous avons remarqué la coexistence de l'oligurie et d'une forte hypertension. Sous l'influence du traitement, on voit se produire plus ou moins rapidement l'abaissement de la tension artérielle, en même temps que l'élévation du taux urinaire ; la polyurie devient alors manifeste et parfois considérable. La tension vient-elle à remonter pour une cause ou une autre, la diurèse diminue aussitôt. Enfin chez les éclamptiques, la polyurie ne survient qu'après l'abaissement définitif de la tension et son retour aux environs de la normale.

Ces faits semblent donc nous autoriser à conclure qu'en général, à une forte hypertension (20-22 et au delà) correspond une diurèse minime ou même l'oligurie; qu'une hypertension moyenne (16-18) est en rapport avec la polyurie bienfaisante qui favorise l'épuration rénale ; qu'enfin le retour de la tension à la normale précède ou accompagne le rétablissement de la diurèse normale.

Influence du régime.

Le régime alimentaire et le repos modifient considérablement la diurèse, et, avec elle, la tension artérielle et l'albuminurie. Le repos au lit agit comme hypotenseur, et Huchard a insisté sur les avantages de ce repos dans toutes les maladies accompagnées d'hypertension artérielle. La diète hydrique est encore un moyen hypotensif énergique ; quant au régime lacté, la diurèse qu'il provoque tient d'une

part à la grande masse d'eau introduite dans l'organisme, lequel est, on le sait, un diurétique.

En résumé, sous l'influence d'un traitement approprié, que nous ne faisons qu'ébaucher ici, on voit simultanément baisser la pression sanguine, augmenter la sécrétion urinaire, et diminuer l'albuminurie.

Tension artérielle et pouls.

Il nous reste à dire un mot des rapports de la tension artérielle et du pouls, parfaitement étudiés par Savelli (1) et par Blain (2).

« Dans la grossesse physiologique, dit Daniel (3), il semble que le pouls a tendance à rester au-dessous de 75. » Savelli cite comme moyenne 86 pulsations dans le cours du 9e mois. Chez les femmes normales qu'il a suivies à la Clinique Baudelocque, pendant les 3 derniers mois de la gestation, Blain constate que chez le plus grand nombre le pouls est à cheval sur 75 ou bat au-dessus de 75. « Chez les albuminuriques, dit-il, la fréquence du pouls nous a paru un peu plus grande que normalement ». Et sur les 11 femmes suivies par lui, 4 avaient le pouls au-dessus de 70; 2 au-dessus de 80 ; 4 au-dessus de 90 ; 1 enfin au-dessus de 100. Enfin, la fréquence du pouls nous a paru aussi en relations avec l'état de la tension artérielle ; et pour notre part, il nous a semblé que la rapidité du pouls était d'autant plus grande qu'était plus accentuée l'hypertension sanguine. Cette relation est loin de cadrer, on le voit, avec

(1) Savelli. *Thèse de Montpellier, loco citato.*

(2) Blain. *Thèse de Paris, loco citato.*

(3) Daniel. Le pouls et la température dans la puerpéralité. *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1902.

la loi de Marey, d'après laquelle le cœur ralentit ses mouvements quand la pression augmente, et les accélère au contraire quand celle-ci diminue. Mais on sait que cette loi comporte de très nombreuses exceptions.

### III. Evolution de la tension artérielle, de l'albuminurie, de la diurèse et du pouls pendant la gestation et après l'accouchement.

Nous venons d'étudier les rapports que peuvent présenter entre eux la tension artérielle, la diurèse, l'albuminurie, le régime et le pouls. Il nous reste à voir maintenant la façon dont ils se comportent et évoluent aux différentes périodes de la gestation, pendant et après le travail, et pendant les suites de couches.

AU COURS DE LA GESTATION.

On voit survenir chez les femmes enceintes albuminuriques soumises au traitement sur lequel nous insisterons plus loin, des modifications notables portant sur la diurèse, sur l'albuminurie et la tension artérielle. Ce traitement est à la fois *hypotensif, antitoxique et diurétique.*

Sous son influence, on voit l'hypertension diminuer plus ou moins rapidement. Parfois l'abaissement se fait par bonds successifs, et nous l'avons surtout observé dans les cas où l'hypertension était très accusée. Celle-ci étant par exemple de 21 à 22 tombe tout d'un coup, au bout de 2 ou 3 jours, à 19,5 ou 18. Après un temps d'arrêt à ce dernier chiffre se maintenant quelques jours, il se produit une nouvelle chute de 2 centimètres de Hg.

Dans d'autres cas, l'abaissement de la tension est plus lent, progressif, et l'on n'aura à enregistrer tous les jours

ou tous les deux jours que des différences de 1/2 ou 1 centimètre au plus.

Parallèlement à la chute de la tension, le taux de l'albumine va descendre, et cela d'autant plus rapidement, que l'albuminurie était plus considérable, avec une plus grande lenteur, mais de façon continue dans les albuminuries moyennes ou légères.

Enfin, au fur et à mesure que la pression et l'albumine diminuent, la sécrétion urinaire augmente, passe de 800 ou 1.000 grammes à 1.500, et suivant les cas se maintient au-dessous de 2 litres, ou au contraire atteint 3 litres, les dépassant même. Cette polyurie se montre très souvent au bout de 5 à 7 jours, et lorsqu'elle persiste un certain temps, il est fréquent de voir la tension revenir au voisinage de la normale (16,5 à 15,5), tandis que d'albumine il ne subsiste que des traces. Souvent même tout rentre dans l'ordre sous l'influence du traitement prolongé ; la tension redevient normale ou presque, l'albumine disparaît, les urines sont abondantes. Mais un écart de régime, l'alimentation normale reprise trop précocement, un fonctionnement défectueux de l'intestin suffisent à rompre l'équilibre en déterminant une nouvelle surproduction de produits toxiques, et alors l'albuminurie reparaît, la tension remonte. Que conclure, sinon qu'une femme enceinte albuminurique doit être surveillée longtemps, car chez elle la distance est grande encore entre l'amélioration et la guérison, celle-ci n'étant définitive qu'après l'expulsion du produit de conception.

A LA FIN DE LA GESTATION.

La plupart des auteurs qui ont étudié la pression arté-

rielle dans la puerpéralité, ont signalé un abaissement de cette tension vers la fin de la gestation normale.

« La tension artérielle, disent Queirel et Reynaud (1), sans modifications notables jusqu'au milieu du 8e mois, tend à s'abaisser à partir de cette époque, entraînant ainsi une hypertension plus ou moins marquée à la fin de la grossesse. » Pour eux, la tension passe de 16 à 15 à 13 et 12 aux approches du terme, et cet abaissement serait en rapport avec le développement de l'abdomen.

Savelli (2) admet que vers le 9e mois de la grossesse physiologique la tension tombe à 13 ou 12, et selon lui « cette hypotension serait en rapport avec l'état d'anémie plus ou moins accentuée des femmes enceintes ». Chirié et Blain admettent aussi cette chute de la tension dans les derniers temps de la gestation normale. Cette *hypotension* existe-t-elle chez les albuminuriques gravidiques aux approches du terme ?

Les auteurs que nous venons de citer passent ce point sous silence, et nous n'avons retrouvé nulle part une opinion susceptible d'étayer ou, au contraire, de détruire celle que nous nous sommes formée.

La simple constatation de nos tableaux semble plaider non plus en faveur de *l'hypotension* signalée vers la fin de la grossesse normale, mais au contraire démontrer que la tension artérielle chez les albuminuriques gravidiques *remonte aux approches du terme*. Chez presque toutes, pour ne pas dire toutes les femmes que nous avons suivies, nous avons noté une réascension de la pression sanguine

(1) Queirel et Reynaud. *XIIe Congrès de* 1900, *loco citato.*
(2) Savelli. *Thèse de Montpellier, loco citato.*

dans les 4 *ou* 5 *derniers jours précédant l'accouchement.*

Tantôt *l'hypertension* très accentuée approche du chiffre noté à l'arrivée de la malade, et ce fait nous a paru surtout évident chez les femmes dont l'abaissement de la tension initiale se fait lentement et de façon peu prononcée.

Tantôt au contraire, après avoir subi un abaissement considérable et être revenue au voisinage de la normale (15,5-16), la pression se relève à 16,5-17, quelquefois 18, et se maintient jusqu'au début du travail aux environs de ces chiffres, ne présentant que de très faibles oscillations journalières.

Parfois enfin, le relèvement de la tension est moins apparent ; chez des femmes longtemps traitées, la tension artérielle est redescendue à 14 ou 15, par conséquent à peu près à la normale, mais aux approches du terme elle remonte légèrement (15,5 ou 16).

Dans tous les cas, nous avons été frappé de cette augmentation de la tension artérielle survenant dans les derniers jours de la gestation ; et sa constance, ses caractères étaient tellement évidents que nous en étions arrivés à pressentir l'apparition prochaine des premières contractions utérines douloureuses.

Les modifications de la tension ne sont pas les seules à signaler. Nous en avons observé également du côté de l'albuminurie et de la diurèse.

Concurremment à l'élévation de la pression artérielle nous avons noté chez la plupart de nos femmes une réapparition en faibles proportions de l'albumine, lorsque celle-ci avait totalement disparu, et une légère augmentation lorsque des traces persistaient. Quant à la diurèse, elle nous a paru subir également, à la fin de la gestation, des modifi-

cations ayant pour caractéristique une diminution du taux urinaire,surtout accentuée lorsque la polyurie était intense.

Somme toute, ces constatations peuvent se résumer ainsi : *Dans les 4 ou 5 derniers jours précédant le début du travail, il semble exister un relèvement de la tension artérielle coïncidant avec une légère augmentation de l'albuminurie et une diminution de l'excrétion urinaire.*

Ces modifications ne peuvent s'expliquer que par l'auto-intoxication gravidique qui subirait une poussée à la fin de la gestation. Ou bien elles sont d'ordre purement mécanique et en rapport simplement avec les douleurs vagues, les contractions indolores du muscle utérin, précédant immédiatement l'apparition des premières douleurs.

PENDANT LE TRAVAIL.

La tension artérielle et le pouls chez les albuminuriques gravidiques subissent pendant le travail des modifications en tous points semblables à celles qui ont été notées chez les femmes enceintes normales.

Or on sait que l'effort produit, comme le travail musculaire, une élévation de la pression sanguine. Hallion et Comte (1) ont démontré que « si l'effort est de courte durée, la pression artérielle s'élève » et que ce n'est qu'après « la cessation d'un effort soutenu que se produit à la suite d'un afflux de sang au cœur droit et au poumon une élévation passagère de la pression artérielle ». Vaquez et Millet (2), étudiant l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain, disent que « normale pendant la grossesse, la pression

(1) HALLION et COMTE. La tension dans l'effort. *Société de Biologie*, 14 novembre 1896.

(2) VAQUEZ et MILLET. Le cœur dans la grossesse normale. *Presse médicale*, février 1898.

s'élève pendant l'accouchement sous l'influence des contractions utérines ». Et ils ajoutent qu'elle atteint son maximum au moment de l'expulsion de la tête. Queirel et Reynaud (1) signalent l'hypertension pendant le travail, elle s'accroît au fur et à mesure que la dilatation augmente et atteint son maximun (17 - 20 - 23) pendant la période d'expulsion. Ils signalent, en outre, après l'accouchement une hypotension brusque persistant jusqu'à la sortie du placenta. Savelli (2) admet que l'hypertension est d'autant plus prononcée que l'effort est plus grand ; elle serait donc surtout élevée chez les primipares. Enfin, Chirié (3) s'exprime ainsi : « Pendant les pauses, quand les douleurs sont très espacées, la tension descend au chiffre normal ou très voisin de la normale ». Il signale, en outre, une légère hypotension immédiatement après la rupture des membranes.

Quant au pouls dont les caractères ont été bien mis en lumière par Daniel (4), il présente pendant le travail une accélération surtout notable au moment des douleurs et pendant la période d'expulsion.

Les constatations qu'il nous a été donné de faire chez les albuminuriques gravidiques pendant le travail, ne font que confirmer une fois de plus les théories que nous venons de rappeler.

### Après la délivrance et pendant les suites de couches.

Les avis des auteurs sont très partagés en ce qui concerne les modifications de la tension artérielle après la déli-

(1) Queirel et Reynaud. *Congrès, loco citato.*
(2) Savelli. *Thèse de Montpellier, loco citato.*
(3) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*
(4) Daniel. *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1902, *loco citato.*

vrance et pendant les suite de couches normales.

Certains comme Baranger, Chapon, Queirel et Reynaud, Savellli, Pouliot, admettent que l'hypertension du travail se maintient, bien que moins accentuée, après la délivrance et pendant plusieurs jours après l'accouchement ; le retour à la normale ne s'effectuerait pour eux que du 6e au 8e jour.

Cette *hypertension post partum* oscillant entre 17-19 est niée par Vaquez et Chirié, pour lesquels « la tension normale ne tarde pas à être reconquise » (1). M. Vaquez (2) est encore plus catégorique en lisant : « Après la délivrance. et le lendemain de l'accouchement, la pression revient à la normale pour n'en plus bouger ; toute hypertension constatée après le travail révèle un état pathologique ». Cette conclusion de M. Vaquez, concernant les femmes enceintes normales, s'adapte-t-elle aux albuminuriques gravidiques ?

Oui, dans la majorité des cas ; toutefois il nous a semblé que cette règle comportait quelques exceptions. Dans une première catégorie, celle du plus grand nombre, nous rangeons les femmes chez lesquelles nous avons constaté aussitôt ou peu après la délivrance un abaissement considérable de la tension; celle-ci tombait à la normale ou au voisinage de la normale dont elle ne s'écartait plus pendant les suites de couches. Cette chute de la tension nous a paru d'autant plus accentuée, qu'elle avait été plus élevée avant l'accouchement. Nous avons constaté que chez ces femmes,

(1) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*

(2) Vaquez. La tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches. *Tribune médicale*, 1906, page 213.

l'abaissement du taux de l'albumine était parallèle à celui de la tension, toute trace d'albumine disparaissant en 3-4 ou 5 jours en moyenne. Concurremment enfin à la chute de la pression sanguine, et au ralentissement du pouls, la diurèse augmente, et chez la plupart de ces femmes, nous avons noté une *débâcle urinaire* coïncidant avec la disparition de l'albumine.

Chez certaines de ces femmes, nous avons observé parfois dans le *post-partum* une légère réascension de la tension artérielle ; mais ce n'était généralement qu'un phénomène passager en relation avec la constipation fréquente, avec une céphalée fugace, ou avec la réapparition temporaire de traces d'albumine.

Dans une seconde catégorie, nous rangeons les femmes chez lesquelles les désordres résultant de l'auto-intoxication gravidique, sans doute plus accusés, comportent encore quelques manifestations dans le post-partum.

Chez ces femmes, le pouls reste rapide au lieu de revenir à la normale après la délivrance, pour y demeurer ensuite. La tension artérielle reste élevée pendant 6-8 jours, plus ou moins voisine du chiffre noté avant l'accouchement. La défervescence s'opère lentement, progressivement, quelquefois même la femme quitte le service avec une tension supérieure à la normale. La polyurie est souvent considérable dans ces cas, et l'albuminurie, quoique très modérée, persiste avec une ténacité déconcertante.

Tels sont les résultats d'observations de femmes suivies par nous à la Clinique Baudelocque, pour lesquelles nous n'avons fait que noter jour par jour les modifications indiquées par le sphygmomanomètre, le bocal d'urines,

et l'analyse quantitative de l'albumine. Nous ne voulons pas tirer de ces constatations une règle absolue qui certainement ne serait pas sans présenter des exceptions. Mais il nous a paru d'autant plus intéressant de les noter que nous ne les avons pas trouvées signalées jusqu'à ce jour.

## IV. Albuminurie chez les femmes en état de gestation, sans hypertension artérielle.

A côté de l'albuminurie gravidique proprement dite qui présente comme symptôme dominant l'élévation de la pression sanguine, il est des cas d'albuminurie chez les femmes en état de gestation, dans lesquels la tension est normale ou hyponormale. Nous ne nous étendrons pas sur ces formes particulières dont l'étude ne rentre plus dans le cadre de notre sujet, et nous ne ferons que signaler les plus intéressantes. Chez la femme enceinte bien portante, on peut voir survenir dans le cours de la gestation une albuminurie passagère parfois intermittente, à l'occasion d'une fatigue, d'une marche forcée, d'un surmenage physique ou moral. Elle peut être encore d'origine digestive, ou résulter simplement d'une ingestion immodérée de matières albuminoïdes.

Enfin nombre de femmes, dont la situation sociale les oblige à rester et travailler longtemps *debout*, peuvent présenter pendant leur grossesse de l'albuminurie *orthostatique* dont les symptômes bien étudiés par Guiblain (1) disparaissent avec le simple repos.

Nous devons encore citer *l'albuminurie du travail* extrê-

(1) Guiblain. L'albuminurie orthostatique. *Thèse de Paris*, 1903.

mement fréquente, puisqu'elle se rencontre environ 1 fois sur 3 ou 4 accouchements. Généralement légère, on sait qu'elle est d'origine purement mécanique, liée à l'effort, elle apparait au début du travail ou peu avant lui, disparait dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'accouchement, et n'entraine jamais de troubles chez la mère ou l'enfant.

Il semble qu'on doive encore ranger dans cette catégorie des albuminuries sans hypertension les *albuminuries par suppuration*, signalées et décrites par M. Wallich, étudiées par son élève Thébault (1).

« Un tiers des femmes étiquetées albuminuriques, dit M. Wallich (2), ne sont pas des albuminuriques pures; ce sont des femmes qui suppurent du rein, du bassinet, etc., et celles-là n'ont pas d'hypertension. »

Il s'agit, en réalité, d'une suppuration localisée ou généralisée des voies urinaires, de « *pyélites latentes* », suivant l'expression de M. Legueu, « caractérisées uniquement par la pyurie, considérée souvent faute d'examen attentif comme albuminurie » (3). Le diagnostic de ces *albuminuries par suppuration* repose sur l'absence des signes habituels à l'albuminurie gravidique pure, et sur la *présence de leucocytes*, surtout de *polynucléaires*, révélés par l'examen microscopique des urines après centrifugation.

Nous avons suivi nous-même des femmes atteintes de pyélonéphrite évidente, chez lesquelles la tension resta toujours normale. Enfin, on retrouvera dans nos observa-

(1) Thébault. Albuminurie par suppuration dans la puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1903.

(2) Wallich. Enseignement oral à la Clinique Baudelocque.

(3) Thébault. *Thèse de Paris*, 1907, *loco citato*.

tions (*observ.* 631 *de* 1912) un exemple récent et typique de femme qui après avoir offert les signes classiques de l'albuminurie gravidique jusqu'à *l'accouchement* (troubles de l'ouïe et de la vue, albumine et hypertension), présenta *pendant les suites de couches* tous les symptômes de l'albuminurie par suppuration ; mictions fréquentes et douloureuses, urines troubles dans lesquelles l'examen microscopique nous révéla la présence de nombreux polynucléaires (Examen pratiqué au laboratoire par M. Lelièvre). Enfin, fait important à noter ici, *la tension ne dépassa jamais* 15 *dans le post-partum.*

Nous signalerons, en dernier lieu, l'albuminurie de la *période prétuberculeuse* se montrant chez la femme en état de gestation. La tuberculose pulmonaire, on le sait, est le type des maladies hypotensives, et Potain disait « qu'il n'y a guère de tuberculeux, si près soit-il du début de son affection, dont la pression ne soit déjà très notablement abaissée ». Cette hypotension est due non seulement à l'anémie tuberculeuse, mais encore à la toxine tuberculeuse elle-même, comme l'ont affirmé Grancher et Barbier. M. Marfan a noté chez les tuberculeux une pression constante entre 15 et 10, et ce symptôme est tellement habituel que Mercier (1) en conclut que « la faiblesse de la pression artérielle semble être un caractère constant et précoce de la tuberculose pulmonaire commençante » pouvant mettre de bonne heure sur la voie du diagnostic.

(*Voir obs.* 113, 1912.)

---

(1) Mercier. La sphygmomanométrie. *Thèse de Paris*, 1900.

## CHAPITRE IV

A la suite de cet exposé concernant l'étude de la tension artérielle dans l'albuminurie gravidique, nous allons développer maintenant les pièces justificatives sur lesquelles est basé ce travail.

Observation I (personnelle), nº 1223, année 1910.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 7e mois.

J. Marcelle, I pare, 20 ans. Couturière.

D. R., du 15 au 20 janvier 1910.

A présenté durant sa grossesse plusieurs signes de brightisme; céphalée violente, vertiges, bourdonnements d'oreilles, crampes douloureuses, sensation de doigt mort, douleurs lombaires.

Entrée à la salle de travail le 11 août, 10 heures du soir.

Elle présente un œdème considérable des membres inférieurs. Facies pâle et bouffi.

Examen des urines. Précipité abondant d'albumine (12 grammes au tube d'Esbach).

Tension, 18,5 (au Potain).

Dilatation complète ; membranes rompues.

A 10 h. 10 du soir, expulsion d'un fœtus de 870 grammes (araignée) qui meurt dès le lendemain.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 300 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens et récents.

Insertion basse du placenta (3 centimètres).

Pouls, 120. T. 37,3.

SUITES DE COUCHES

| Août | Urines | Albumine | Régime | Pouls | Tension |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 500 gr. | 7 gr. | 2 litres lait | 98 | 18 |
| 13 | 1.500 — | 0.75 cgr. | 2 litres lait | 96 | 17.5 |

| Août | Urines | Albumine | Régime | Pouls | Tension |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 2.500 gr. | 0.50 cgr. | 2 lit. lait | 96 | 17.5 |
| 15 | 2.000 — | 0.50 — | — | 88 | 17 |
| 16 | 2.500 — | 0.25 — | — | 92 | 17 |
| 17 | 2.000 — | 0.25 — | — | 88 | 16.5 |
| 18 | 1.500 — | 0.50 — | — | 84 | 16.5 |
| 19 | 1.750 — | 0.25 — | — | 84 | 16 |
| 20 | 1.500 — | 0.25 — | — | 84 | 16 |

Part sur sa demande.

Observation II (personnelle), nº 1236 de 1910.

Grossesse gémellaire. Albuminurie de la grossesse traitée. Accouchement prématuré au 9e mois.

E. Augustine, I pare, 35 ans, domestique.

D. R., 14-17 novembre 1909.

Evolution normale de la grossesse pendant les 5 premiers mois. Elle vient consulter à la clinique pour la première fois le 1er juillet parce qu'elle a constaté que ses jambes étaient enflées.

*Examen.* — Œdème très marqué des membres inférieurs ; léger œdème sus-pubien. Pas de céphalalgie. Tension (Potain), 19.

La femme est admise à la clinique, placée dans une chambre où la température est maintenue à 18 degrés. Enveloppements de flanelle. Lavement purgatif.

Régime lacté absolu.

Examen obstétrical.

H. U. — 36 cent.

Le palper et l'auscultation démontrent qu'il s'agit d'une grossesse multiple.

Du 9 au 20 juillet :

La quantité d'urine varie entre 500 et 1.500 grammes.

Quantité d'albumine, oscille entre 1 et 2 grammes.

Tension artérielle (au Potain), 18,5 à 19.

Régime lacté absolu.

Du 20 au 31 juillet :

Quantité d'urines : 500 à 800 grammes.

Albumine, 1 gr. 50 à 3 gr. 50.

La tension se maintient régulièrement à 19.

Apparition de dyspnée qui subsiste 3 jours (20 au 23), le 24 juillet, dermatose gravidique. A partir du 27, épistaxis, céphalée et diarrhée qui dure 5 jours.

| Août | Urines | Albumine | T. A. |
|---|---|---|---|
| 1er | 500 gr. | 3 gr. | 19 |
| 2 | 950 — | 3 — | 19 |
| 3 | 750 — | 3 — | 19.5 |
| 4 | 700 — | 3 — | 19.5 |
| 5 | 600 — | 3 — | 19 |
| 6 | 750 — | 3 — | 19 |
| 7 | 700 — | 3 — | 19.5 |
| 8 | 800 — | 3 — | 19 |
| 9 | 850 — | 3 — | 19 |
| 10 | 800 — | 2 — | 19 |
| 11 | 900 — | 2 — | 19 |
| 12 | 650 — | 2.50 | 19 |
| 13 | 700 — | 2 — | 19 |
| 14 | 750 — | 3.50 | 19 |

Début du travail à minuit 30.

Expulsion du premier fœtus à 6 h. 30 matin.

Expulsion du second fœtus à 6 h. 45.

Pouls, 112. Au bout d'une heure, P. = 120.

Délivrance artificielle : placenta, 950 grammes sans altérations.

Pouls, 92. Faiblesse extrême.

SUITES DE COUCHES

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 500 gr. | 0.75 cgr | 2 litres lait<br>1 Evian | 96 | 17.5 |
| 16 | 2.000 — | 0.50 — | 1 litre lait<br>bouillon légumes<br>Eau d'Evian | 100 | 17 |
| 17 | 1.250 — | 0.25 — | id. | 100 | 17 |
| 18 | | 0.25 — | id.<br>1 litre lait | 104 | 17 |
| 19 | 2.500 — | 0.50 — | 1 litre tisane<br>Evian | 100 | 17 |
| 20 | 2.000 — | 0.35 — | id. | 100 | 17 |
| 21 | 2.000 — | 0.25 — | id. | 98 | 17 |
| 22 | 1.500 — | 0.15 — | 2 litres lait<br>1 Evian | 96 | 16 |
| 23 | 1.500 — | 0.25 — | 3 litres lait | 94 | 17 |
| 24 | 1.500 — | 0.30 — | id. | 120 | 18 |
| 25 | 1.500 — | traces | 1 l. lait. Evian<br>1 pot. au lait<br>1 purée p. de t. | 86 | 17 |
| 26 | 2.000 — | 0.50 — | id. | 100 | 17.5 |
| 27 | 1.500 — | 0.40 — | 1 litre lait<br>1 potage<br>purée sans sel | 92 | 17 |
| 28 | 2.000 — | traces | id. | 90 | 17 |
| 29 | 1.750 — | traces | id. | 84 | 16.5 |
| 30 | 1.500 — | traces | id. | 92 | 16 |
| 31 | 1.000 — | traces | id. | 90 | 16.5 |

Retour progressif des forces. Départ sur demande.

Observation III (personnelle), n° 1313, de 1910.

Albuminurie non traitée.

Accouchement à terme.

M. Marthe, II pare, 21 ans, blanchisseuse.

1er accouchement en 1909 ; sommet spontané à terme. Enfant vivant.

Phlegmatia à la suite de cet accouchement.

D. R., 17 au 20 novembre.

N'a pas consulté pendant sa grossesse.

Arrive à la clinique le 29 août, 10 heures du matin.

Œdème des membres inférieurs. Pas de céphalée.

Sommet en G. A. Dilatation 1 fr.

P. = 80. T. A. (Potain), 18,5.

Albumine, 0,50 cgr.

A 4 h. 50 du soir, dilatation complète.

A 5 h. 30, expulsion d'un fœtus de 3.870 grammes.

Délivrance 30 minutes après.

Placenta de 600 grammes, Chateaubriand, et présentant des foyers hémorragiques anciens et une volumineuse hémorragie sous-choriale. Tension 17. P. = 86.

SUITES DE COUCHES

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 | | 0.40 cgr | 1 lit. 1/2 lait | 88 | 17 |
| 31 | 1.500 gr. | 0.25 — | 3 litres lait | 80 | 17 |
| Sept. | | | | | |
| 1 | 1.500 — | 0.25 — | 1 lit. 1/2 lait | 92 | 15.5 |
| 2 | 1.500 — | 0 | 2 litres lait | 88 | 14 |
| 3 | 2.000 — | traces | 2 litres 1/2 | 90 | 15 |
| 4 | 1.000 — | traces | — | 82 | 15.5 |
| 5 | 1.750 — | 0 | 3 litres lait | 86 | 15.5 |

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 1.500 gr. | 0 | 3 litres lait | 84 | 15.5 |
| 7 | 1.600 — | 0 | — | 84 | 15.5 |
| 8 | 1.250 — | 0 | — | 82 | 15.5 |
| 9 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15 |
| 10 | 2.000 — | 0 | — | 82 | 15 |

Départ. Etat général bon.

Observation IV (personnelle), nº 1316 de 1910.

Albuminurie de la grossesse traitée.

Expulsion 8 mois après les dernières règles d'un fœtus mort et macéré de 1.560 grammes.

Phlegmatia dans les suites de couches.

S. Marcelle, 26 ans, I pare, couturière.

Scarlatine à 23 ans, durée 50 jours avec albuminurie intense, soignée à Claude Bernard.

D. R., 7 au 9 décembre 1909.

Vient à la consultation de Baudelocque le 16 août, parce qu'elle éprouve des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, céphalée, cryesthésie, œdème des membres inférieurs. Albumine.

Signes de rétention : utérus mou ; auscultation négative.

La femme est admise au dortoir ; flanelle, régime lacté absolu ; purgatifs.

| Août | Urines | Albumine | Lait | P. | T. A. (Potain) |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 3.250 gr. | 1 gr. | 3 litres | 100 | 19 |
| 20 | 1.500 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 17.5 |
| 21 | 2.500 — | 0 gr. 25 | 4 litres | 86 | 17.5 |
| 22 | 2.000 — | traces | 3 litres | 88 | 16.5 |
| 23 | 2.000 — | traces | 3 litres | 90 | 16.5 |
| 24 | 2.000 — | 0 gr. 30 | 3 l. 1/2 | 88 | 18 |

| Août | Urines | Albumine | Lait | P. | T. A. | Observations |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 2.500 gr. | 0.40 cgr. | 3 litres | 90 | 18 | Cryesthésie |
| 26 | 2.000 — | 0.25 — | 4 litres | 96 | 17 | |
| 27 | 1.500 — | 0.30 — | — | 80 | 17 | Agitation, perte de connaissance |
| 28 | 1.500 — | 0.40 — | — | 90 | 18 | id. |
| 29 | 1.500 — | 0.50 — | 1 litre | 104 | 19 | pouls dur |
| 30 | 500 — | 0.25 — | | | | |

Début du travail à 2 heures du matin.

Entrée à la salle de travail à 9 heures ; dilatation, 1 fr.

Œdème des membres inférieurs et de la face.

Agitation. Lavement purgatif. Chloral, 4 grammes.

Midi. Dilatation complète.

P = 100. TA — 18.

A 1 heure du soir, expulsion d'un fœtus mort et macéré de 1.560 grammes.

Délivrance 30 minutes après. Placenta atrophié de 370 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens.

P — 112. TA — 16,5.

SUITES DE COUCHES

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 1.500 gr. | 0.30 cgr | 1l.1/2lait | 90 | 16.5 | |
| Sept. | | | | | | |
| 1 | 1.500 — | 0.25 — | 2 lit. lait | 98 | 15 | |
| 2 | 1.500 — | 0.20 — | — | 102 | 14 | |
| 3 | 1.800 — | traces | 2l.1/2lait | 100 | 14 | |
| 4 | 2.000 — | traces | — | 90 | 14 | |
| 5 | 1.200 — | 0 | — | 98 | 14 | |
| 6 | 1.500 — | 0 | — | 96 | 14.5 | Apparition de la phlegmatia droite. |
| 7 | 2.000 — | 0 | — | 92 | 14.5 | |
| 8 | 1.500 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 9 | 1.500 — | 0 | — | 84 | 14 | |
| 10 | 2.000 — | 0 | — | 92 | 14 | |

La femme immobilisée pour sa phlegmatia jusqu'au 4 octobre est suivie régulièrement.

Les urines oscillent entre 1.500 et 2.000 grammes.

Plus d'albumine dans les urines.

Pouls restant rapide très longtemps.

La TA revient à 13, puis 12, chiffres auxquels elle se maintient définitivement.

Observation V (personnelle), nº 1442, août 1910.

Albuminurie de la grossesse : traitée.

Accouchement à terme.

P... Clémentine, II pare, 35 ans.

Scarlatine à 18 ans, suivie vraisemblablement de néphrite avec œdème considérable des membres inférieurs ayant disparu peu à peu sous l'influence du régime lacté.

1er accouchement en avril 1904 ; sommet spontané à terme. Enfant vivant.

D. R., 10-12 décembre 1909.

La femme est admise au dortoir le 13 août pour albuminurie.

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 1.000 gr. | 1 gr. | 2 litres lait | 96 | 19.5 |
| 20 | 1.250 — | 0.25 cgr | — | 98 | 19.5 |
| 21 | | 0.10 — | 1 litre lait régime commun | 88 | 17 |
| 22 | 1.500 — | traces | — | 80 | 16 |
| 23 | 1.500 — | traces | — | 84 | 17 |
| 24 | 1.500 — | traces | — | 100 | 16.5 |
| 25 | 1.500 — | traces | 1 litre lait régime commun | 80 | 17 |
| 26 | 1.500 — | traces | — | 72 | 17 |
| 27 | 1.500 — | traces | — | 80 | 16 |

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 1.000 gr. | traces | 1 litre lait | 82 | 16 |
| | | | régime commun | | |
| 29 | 1.000 — | 0.20 cgr. | — | 84 | 16.5 |
| 30 | 750 — | 0.20 — | lait | 80 | 16 |
| | rougeâtres | | | | |
| 31 | 1.750 gr. | traces | 1 litre lait | 90 | 15.5 |
| | | | régime commun | | |
| Sept. | | | | | |
| 1er | 1.000 — | traces | — | 80 | 16 |
| 2 | 1.000 — | — | — | 68 | 15.5 |
| 3 | 1.500 — | — | — | 70 | 15.5 |
| 4 | 1.000 — | — | — | 78 | 15.5 |
| 5 | 1.500 — | — | — | 76 | 15.5 |
| 6 | 1.500 — | — | — | 68 | 15.5 |
| 7 | 1.000 — | — | — | 76 | 15.5 |
| 8 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15 |
| 9 | 1.300 — | traces | 1 litre lait | 100 | 16 |
| 10 | 1.000 — | — | — | 86 | 16 |
| 11 | 1.150 — | — | 1 litre lait | 88 | 17 |
| 12 | 1.150 — | — | régime commun | 88 | 17 |
| 13 | 1.500 — | 0 | 1 litre lait | 80 | 17 |
| | | | régime commun | | |
| 14 | 1.000 — | 0.50 cgr. | — | 76 | 17 |
| 15 | 1.000 — | 0.25 — | — | 96 | 16 |
| 16 | 1.000 — | traces | — | 80 | 16 |
| 17 | 1.000 — | traces | — | 80 | 16 |
| 18 | 1.500 — | 0 | — | 100 | 18.5 |
| 19 | 1.500 — | traces | — | 86 | 17 |
| 20 | 2.000 — | 0.25 | — | 84 | 18 |

21 Début du travail à 3 heures du matin.
Dilatation complète à 4 heures du matin.

Accouchement à 5 h. 15, et expulsion d'un enfant vivant de 3.520 grammes.

Délivrance par expression française deux heures après l'accouchement. Placenta de 650 sans altérations.

10 heures matin :

P = 80
TA = 18
T = 37

SUITES DE COUCHES

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | | traces | lait | 80 | 17 | |
| 23 | 1.000 gr. | 0. 60 cgr | 2 lit. lait | 100 | 17.5 | Céphalée Agitation Diarrhée |
| 24 | 1.200 — | trac. légère | 2 lit. 1/2 | 92 | 15 | |
| 25 | 1.200 — | — | — | 96 | 15 | |
| 26 | 1.000 — | — | 2 litres | 96 | 15 | |
| 27 | purgation | 0 | — | 84 | 15 | |
| 28 | 1.750 gr. | 0 | 3 lit. lait | 84 | 15 | |
| 29 | 1.000 — | 0 | 3 lit. lait potages | 92 | 14.5 | |
| 30 | 1.500 — | 0 | — | 82 | 14 | |
| Oct. 1er | purgation | 0 | — | 80 | 14.5 | |
| 2 | 1.500 gr. | 0 | — | 80 | 14 | |
| 3 | | 0 | rég. com. | 82 | 14 | |
| 4 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14 | |

Départ. Etat général bon.

Observation VI (personnelle), nº 1447, septembre 1910.

Albuminurie de la grossesse, traitée.

Accouchement à terme.

D... Yvonne, I pare, 26 ans, infirmière.

D. R., du 9 au 10 décembre 1909.

Admise au dortoir le 19 août pour albuminurie.

Examen obstétrical. Tête en bas mobile ; dos à droite ; enfant vivant.

Application d'une ceinture eutocique.

| Août | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 1.500 gr. | 0.50 cgr | 2 litr. lait | 94 | 19 (Potain) |
| 21 | 1.750 — | 0.30 — | — | 96 | 18.5 |
| 22 | 2.000 — | 0.25 — | — | 96 | 18.5 |
| 23 | 2.000 — | 0.25 — | — | 92 | 18.5 |
| 24 | 1.500 — | 0.25 — | — | 96 | 18.5 |
| 25 | 2.000 — | traces | — | 80 | 16.5 |
| 26 | 1.250 — | traces | — | 80 | 16.5 |
| 27 | 2.500 — | 0 | — | 84 | 16 |
| 28 | 1.500 — | traces | — | 82 | 16 |
| 29 | 1.500 — | traces | — | 84 | 16.5 |
| 30 | 2.000 — | traces | — | 82 | 16.5 |
| Sept. 1 | 2.000 — | traces | lait potages | 84 | 16.5 |
| 2 | 1.500 — | traces | — | 88 | 16.5 |
| 3 | 2.000 — | — | — | 84 | 16.5 |
| 4 | 2.750 — | — | 3 lit. lait potages | 86 | 16 |
| 5 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 16 |
| 6 | 2.000 — | 0 | — | 82 | 16 |
| 7 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 16 |
| 8 | 1.250 — | 0 | — | 86 | 15,5 |
| 9 | 2.000 — | tr. lég. | 2 l. 1/2 lt | 88 | 16 |
| 10 | 2.000 — | 0 | — | 86 | 15.5 |
| 11 | 2.000 — | 0 | — | 88 | 16 |

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 4.000 gr. | tr. lég. | 3 lit. lait | 92 | 17.5 |
| 13 | 2.000 — | traces | — | 92 | 16.5 |
| 14 | 3.000 — | traces | — | 98 | 16.5 |
| 15 | 3.000 — | traces | — | 96 | 16.5 |
| 16 | 1.500 — | traces | — | 98 | 17 |
| 17 | 2.000 — | tr. lég. | — | 98 | 16.5 |
| 18 | 2.000 — | — | — | 100 | 17 |
| 19 | 2.500 — | — | — | 100 | 16.5 |
| 20 | 2.250 — | — | — | 88 | 16 |
| 21 | 2.000 — | — | 2 lit. lait | 92 | 16.5 |

21 septembre, à midi, début du travail.

HU, 35. Enfant vivant.

Dilatation complète : 22 septembre à 2 h. 30 du matin.

TA, 16,5.

A 3 h. 30, expulsion d'un fœtus vivant de 3.150 grammes. Délivrance immédiate par expression française. Placenta de 600 grammes sans altérations.

SUITES DE COUCHES

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | accouchem. | | 1 lit. lait | 116 | 13.5 | |
| 23 | 2.000 gr. | sang | 3 litres | 82 | 13.5 | |
| 24 | 1.000 — | — | 4 litres | 92 | 14 | Lochies fétides |
| 25 | 1.750 — | 0 | 3 lit. 1/2 | 90 | 14 | |
| 26 | 1.500 — | 0 | 3 litres potag. purée | 88 | 13.5 | |
| 27 | 2.000 — | 0 | — | 86 | 13.5 | |
| 28 | 1.500 — | 0 | rég. commun. | 82 | 13 | |
| 29 | 1.000 — | 0 | — | 84 | 13 | |
| 30 | 1.500 — | 0 | — | 84 | 13 | |

Départ, 1er octobre. Etat général bon.

Observation VII (personnelle), n° 1473, septembre 1910.

Albuminurie légère de la grossesse, soignée les quatre derniers jours de la gestation.

Accouchement au 9e mois.

D. Marcelle, I pare, 21 ans, couturière.

Entre 5 et 11 ans, cette femme aurait eu successivement une coxalgie droite ayant suppuré, puis un mal de Pott dorsal supérieur, avec abcès s'étant vidé par une fistule dont on voit la cicatrice à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite. Immobilisation pendant 6 ans (?) dans un appareil plâtré. Guérison avec ankylose.

D. R., 22 au 25 décembre 1909.

La femme vint consulter le 21 septembre.

On trouve un sommet engagé en D. P. Ses urines renfermant de l'albumine, on l'admet au dortoir. Elle présente en outre de l'œdème de la face.

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | | 0.50 cgr | 2 lit. lait | 78 | 18 | Purgation |
| 23 | 2.000 gr. | traces | — | 76 | 17.5 | |
| 24 | 2.000 — | traces | 3 lit. lait | 80 | 15.5 | |
| 25 | 2.500 — | traces | 2 litres | 80 | 14.5 | |
| 26 | 2.500 — | traces | — | 27 | 14.5 | |
| | | | | | | début du travail |

Début du travail le 26, à 3 heures du matin.

A grande paume TA, 15.5.

A 5 h. 10 du soir : dilatation complète et rupture artificielle des membranes.

A 5 h. 30, expulsion d'un enfant de 2.630 gr.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 325 grammes, Cha-

teaubriand, présentant quelques foyers hémorragiques anciens et récents.

P = 64. TA. 13,5.

SUITES DE COUCHES

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Vaquez) |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 1.000 gr. | 0.25 cgr. | 1 lit. lait | 72 | 14 |
| 28 | 2.500 — | sang | 3 litres | 76 | 14 |
| 29 | 1.750 — | — | — | 96 | 14 |
| 30 | 1.250 — | — | — | 88 | 14 |
| Oct. | | | | | |
| 1er | 1.500 — | — | — | 90 | 14 |
| 2 | 1.000 — | — | — | 88 | 14.5 |
| 3 | 1.500 — | — | — | 72 | 13.5 |
| 4 | 1.000 — | — | — | 64 | 13 |
| 5 | 1.500 — | 0 | — | 70 | 13 |

Départ. Bon état général.

OBSERVATION VIII (personnelle), n° 1510, octobre 1910.

Albuminurie de la grossesse ; traitée les dix derniers jours avant l'accouchement.

Accouchement prématuré au 7e mois (macéré).

Persistance de l'albuminurie après l'accouchement.

Signes d'imprégnation tuberculeuse.

M... Marie, 19 ans, 1 pare. Couturière. Oreillons à 3 ans.

D. R.. du 15 au 17 février 1910.

Se repose depuis le début de sa grossesse.

Elle vient consulter à la clinique le 22 septembre.

Examen obstétrical.

Tête en bas. Auscultation négative.

L'examen des urines révèle la présence d'une quantité notable d'albumine.

La femme présente, en outre, un léger œdème des membres inférieurs, de la face ; œdème palpébral. Elle accuse des vertiges, une céphalée persistante, des bourdonnements d'oreilles, des troubles visuels, des crampes douloureuses dans les mollets. Enfin elle se plaint de violentes palpitations de cœur. Elle est admise à la clinique, et est placée dans une chambre à température élevée constante ; enveloppement de flanelle. Lavement purgatif.

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. au sphygmo-signal de Vaquez |
|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 700 gr. | 6 gr. | 3 lit. lait | 96 | 21 |
| 24 | 1.000 — | 3 gr. | 2 » | 80 | 19 |
| 25 | 750 — | 3 gr. | 500 gr. | 84 | 19 |
| 26 | 1.000 — | 3 gr. | 3 litres | 80 | 18.5 |
| 27 | 1.500 — | 3 gr. 50 | — | 80 | 17 |
| 28 | 1.500 — | 2 gr. 50 | — | 84 | 16.5 |
| 29 | 1.250 — | 2 gr. | 2 lit. 1/2 | 82 | 16 |
| 30 | 1.000 — | 1 gr. 50 | 3 litres | 88 | 16.5 |
| Oct. 1er | 1.500 — | 1 gr. | 2 lit. 1/2 | 88 | 15.5 |
| 2 | 1.250 — | 1 gr. | 2 litres | 88 | 15.5 |
| 3 | 500 — | 2 gr. | 1 lit. 1/2 | 100 | 16.5 } Travail |

Début du travail à 6 heures du matin (?)

Dilatation complète à 8 h. 10 du soir, et rupture artificielle des membranes. Liquide chocolaté.

A 8 h. 25, expulsion prématurée au 7e mois d'un fœtus mort et macéré de 1.510 grammes.

Délivrance 30 minutes après ; placenta atrophié de 230 grammes avec des foyers hémorragiques anciens. (Infarctus blancs.)

P = 96 à 100.

TA = 14,5.

SUITES DE COUCHES

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 500 gr. | sang | 2 l. 1/2 lait | 92 | 14 | |
| 5 | 1.500 — | — | — | 96 | 15 | |
| 6 | 1.000 — | 1 gr. | 3 lit. | 96 | 14.5 | |
| 7 | 1.000 — | 1 gr. 50 | 2 l. 1/2 | 96 | 13.5 | |
| 8 | 1.800 — | 1 gr. | 3 l. 1/2 | 92 | 13.5 | |
| 9 | 2.000 — | 1 gr. | 3 litres | 96 | 13 | |
| 10 | 1.750 — | 0 gr. 75 | 4 litres | 92 | 13.5 | |
| 11 | 2.000 — | 0 gr. 75 | 3 litres | 96 | 13.5 | |
| 12 | 2.000 — | 1 gr. 50 | — | 92 | 14 | Etourdissements |
| 13 | 1.700 — | 1 gr. | — | 92 | 13.5 | |
| 14 | 1.750 — | 0 gr. 75 | — | 96 | 13 | |
| 15 | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 96 | 13 | |
| 16 | 2.000 — | 0 gr. 75 | 4 litres | 92 | 13 | |
| 17 | 2.000 — | 0 gr. 25 | 3 l. 1/2 | 92 | 12.5 | |
| 18 | 1.750 — | 0 gr. 75 | — | 98 | 13.5 | |
| 19 | 2.000 — | 0 gr. 50 | — | 98 | 13.5 | |
| 20 | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 96 | 13 | |
| 21 | 2.000 — | 0 gr. 40 | — | 96 | 13 | |
| 22 | 1.500 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 13 | |
| | | | potages | | | |
| 23 | 2.500 — | 0 gr. 40 | — | 96 | 13 | |
| 24 | 2.500 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 13 | |
| 25 | 2.250 — | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 100 | 14 | |
| | | | potages | | | |
| 26 | 2.750 — | 0 gr. 30 | — | 100 | 15 | |
| 27 | 3.000 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 14 | |
| 28 | 2.750 — | traces | — | 120 | 14 | |
| 29 | 2.500 — | traces | — | 100 | 13.5 | |
| 30 | 2.000 — | traces | — | 104 | 13.5 | |

La femme fait le soir une ascension thermique à 40° sans raison apparente.

L'interrogatoire nous apprend qu'elle a été longtemps soignée pour anémie. Elle présente une pâleur habituelle de la face assez accentuée. Elle accuse des palpitations cardiaques existant depuis plusieurs mois; des sueurs nocturnes fréquentes. La voix est légèrement voilée. Le pouls est fréquent.

Auscultation. Rien au poumon droit.

Poumon gauche. En avant : inspiration rude et saccadée.

En arrière : respiration affaiblie.

La polyurie relative, avec persistance de l'albumine dans les urines, l'état du pouls, la tension artérielle généralement normale, font penser qu'il s'agit de bacillose latente, à la période prétuberculeuse.

Nous revoyons la femme au mois de novembre à deux reprises différentes. Elle accuse toujours des palpitations de cœur, des sueurs nocturnes, une légère diminution des forces.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

P = 98. TA, 13.

En mars, nouvelle visite de la malade qui a maigri, qui sent ses forces diminuer. Elle accuse, en outre, un retard de règles de deux mois.

Albumine, 2 grammes (tube d'Esbach).

TA, 12.

Observation IX (personnelle), n° 1529, octobre 1910.

Albuminurie de la fin de la grossesse : non traitée.

Accouchement prématuré au 9e mois.

B... Eugénie, I pare, 19 ans, couturière.

D. R., du 23 au 29 janvier 1910.

Serait venue à la consultation il y a trois semaines environ. Sommet en D. P. Pas d'albumine dans les urines.

7 octobre, à 4 heures du soir, début du travail.

Entrée à la clinique à 9 heures du soir.

Examen : HU = 31 cm.

Sommet en D. P. Enfant vivant.

Membranes intactes. Col en voie d'effacement.

Œdème des membres inférieurs, de la face.

Vertiges ; bourdonnements d'oreilles. Crampes dans les mollets. Douleur épigastrique. Douleurs lombaires, tous signes accusés nettement par la femme.

Ebauche de bruit de galop.

Examen des urines : précipité abondant d'albumine (15 grammes au tube d'Esbach).

8 octobre, à 9 heures 25 du matin : dilatation complète.

P = 88

TA = 21 (au Potain).

A 10 heures du matin, expulsion d'un fœtus vivant de 2.180 grammes.

Délivrance 30 minutes après l'accouchement.

Placenta de 450 grammes, avec deux foyers hémorragiques anciens.

Après la délivrance : P = 76. T = 36,9 TA = 19,5.

SUITES DE COUCHES

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | sang | 3 lit. lait | 80 | 18.5 |
| 10 | 3.500 gr. | 1 gr. | — | 76 | 18.5 |
| 11 | 2.000 — | 1 gr. | — | 80 | 18 |
| 12 | 2.750 — | 1 gr. 75 | — | 88 | 17.5 |
| 13 | 2.000 — | 2 gr. 10 | — | 80 | 16.5 |
| | | traces sang | | | |
| 14 | 1.500 — | 2 gr. | 2 lit 1/2 | 84 | 16.5 |
| | | traces sang | | | |

Part sur sa demande.

Observation X (personnelle), n° 1554, octobre 1910.

Albuminurie de la grossesse : traitée. Accouchement à terme. Ancienne éclamptique (1re grossesse).

Scarlatine, à l'âge de 18 ans.

G... Marie-Antoinette, II pare, 28 ans, infirmière.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

A. P. — A 18 ans, cette femme aurait eu la scarlatine, avant laquelle elle aurait présenté déjà de l'albuminurie. Pendant et après la scarlatine cette albuminurie augmente ; on la soumet au régime lacté exclusif pendant trois mois consécutifs, sous l'influence duquel la quantité d'albumine diminue mais subsiste encore à raison de 0 gr. 50 par litre. (Examen pratiqué en ville par un pharmacien.)

A. Obst. — 1re gestation en 1908.

Au 7e mois de la grossesse, la femme tombe subitement sans connaissance au milieu de son travail. Elle présente des crises convulsives pour lesquelles elle est conduite et admise à la Maternité de la Pitié. On constate à son arrivée des traces de morsures à la langue, et l'analyse des urines révèle la présence d'albumine. Elle est soumise au régime lacté intégral.

A 8 mois 1/2, elle fait une nouvelle crise légère.

Pendant le travail, au début de la période d'expulsion, elle fait une nouvelle et 3e crise avec tremblement généralisé, contracture de la mâchoire et des membres supérieurs, on pratique immédiatement une application de forceps et l'on extrait un enfant vivant à terme qui est élevé au sein maternel jusqu'à 3 mois 1/2, puis au biberon par une nourrice jusqu'à 23 mois. Cet enfant est actuellement vivant.

La femme est soumise au régime lacté intégral pendant deux mois après son accouchement.

Grossesse actuelle. — D. R., du 15 au 20 décembre.

Elle évolue normalement jusqu'au 5e mois. Apparition à cette

époque de métrorrhagies légères durant de 2 à 3 jours, qui disparaissent avec le repos observé trois semaines.

Dès que la femme veut reprendre son travail, les hémorragies reparaissent d'une façon intermittente. L'analyse des urines, pratiquée en ville à plusieurs reprises, n'a jamais décelé la présence d'albumine.

Le 1er août, la femme éprouve des vertiges, des éblouissements, des troubles de l'ouïe et de la vue (mouches volantes). Elle se plaint d'une douleur « en barre » au creux épigastrique. Elle constate enfin de l'œdème des membres inférieurs et de la face. Au bout de quelques jours, elle se décide à aller consulter à la Maternité, où l'on constate que ses urines renferment de l'albumine.

Elle est soumise au régime lacté, qu'elle suit chez elle ; mais elle continue à travailler. Les hémorragies deviennent continues quoique peu abondantes, et la femme vient consulter à Baudelocque le 28 août, pour entrer le 1er septembre.

Examen. HU, 30 cent.

Tête en bas fixée, dos à droite.

Enfant vivant.

Teint pâle ; œdème des membres inférieurs et de la face.

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Potain) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1.500 gr. | 0 gr. 50 | 2 lit. lait | 80 | 20 | Lavement purgatif. Flanelle. |
| 2 | 2.250 — | 0 gr. 40 | — | 88 | 18.5 | |
| 3 | 2.000 — | traces | — | 84 | 18 | |
| 4 | 2.000 — | traces | 3 litres | 86 | 18 | |
| 5 | 2.000 — | traces | — | 84 | 17 | |
| 6 | 2.000 — | traces | — | 84 | 16.5 | |
| 7 | 1.200 — | traces | — | 86 | 16.5 | |
| 8 | 1.750 — | traces | — purées | 86 | 16 | Disparition de l'œdème aux jambes et à la face. |
| 9 | 1.750 — | traces | — | 100 | 17.5 | |

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Potain) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 1.800 gr. | traces | 2 lit. lait 1 pur. 1 pot. | 96 | 17 | |
| 11 | 1.750 — | traces | — | 92 | 18 | |
| 12 | 1.500 — | — | — | 100 | 19 | Céphalée. Lavement purgatif. |
| 13 | 1.500 — | — | — | 100 | 17.5 | |
| 14 | 1.500 — | — | — | 100 | 19 | |
| 15 | 2.000 — | — | — | 100 | 18.5 | |
| 16 | 1.500 — | — | — | 100 | 17.5 | |
| 17 | 1.500 — | — | — | 96 | 16 | |
| 18 | 2.000 — | — | — | 96 | 16 | |
| 19 | 1.500 — | 0 gr. 25 | — | 120 | 17 | |
| 20 | 1.250 — | traces | — | 100 | 17 | |
| 21 | 2.000 — | traces | — | 110 | 17 | |
| 22 | 1.500 — | traces | — | 108 | 17 | |
| 23 | 1.750 — | traces | 2 lit. lait potag. lait | 88 | 16.5 | |
| 24 | 2.000 — | traces | — | 92 | 16 | |
| 25 | 1.000 — | traces | — | 86 | 15.5 | |
| 26 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15.5 | |
| 27 | 2.000 gr. | 0 | 3 lit. lait potages | 86 | 14.5 | |
| 28 | 2.000 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 29 | 1.000 — | 0 | 2 lit. lait rég. com. | 92 | 14.5 | |
| 30 | 1.000 — | 0 | — | 88 | 15 | |
| Oct. | | | | | | |
| 1 | 2.000 — | 0 | — | 86 | 14.5 | |
| 2 | 1.500 — | traces | — | 96 | 15 | Légère arythmie |
| 3 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 92 | 15.5 | |
| 4 | 2.500 — | traces | — | 84 | 14.5 | |

Eau d'Evian

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P | T.A. (au sphygmosignal) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2.250 gr. | traces | 2 litres lait Rég. comm. Eau d'Evian | 92 | 15 | |
| 6 | 3.000 — | 0 | — | 80 | 15 | |
| 7 | 2.000 — | 0 | — | 88 | 14.5 | Vertiges avec perte de connaissance |
| 8 | 1.500 — | 0 | 3 lit. lait | 80 | 14.5 | |
| 9 | 1.000 — | 0 | 3 lit. lait potages | 86 | 14.5 | |
| 10 | 3.000 — | traces | — | 98 | 15.5 | Céphalée |
| 11 | 2.500 — | traces | 3 lit. lait | 96 | 15.5 | |
| 12 | 1.500 — | traces | 2 lit. lait | 96 | 15.5 | |

Début du travail à 7 heures du soir.

OIDP. Auscultation bonne.

Dilatation complète à 1 h. 45 du matin le 13 octobre ; rupture artificielle des membranes, à 2 h. 10 du matin, expulsion d'un fœtus vivant de 2.900 grammes.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 590 grammes, sans altérations.

SUITES DE COUCHES

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | T. | T. A. (au Vaquez) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | | sang | lait | 98 | 15 | |
| 14 | 1.250 gr. | trac. lég. | 1 lit. 1/2 | 92 | 14.5 | |
| 15 | 1.500 — | trac. lég. | 1 lit. 1/2<br>1 lit. eau lactos. | 84 | 14.5 | |
| 16 | 2.750 — | trac. lég. | — | 88 | 15 | |
| 17 | 2.000 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 18 | 1.000 — | 0 | — | 92 | 14.5 | |
| 19 | 1.750 — | trac. lég. | 2 lit. lait<br>1 lit. eau lactos. | 92 | 15 | Céphalée |
| 20 | 2.250 — | — | — | 88 | 15 | |
| 21 | 2.250 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 22 | 1.000 — | 0 | — | 84 | 15 | |

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 1.500 gr. | 0 | 2 lit. lait rég. commun | 84 | 14.5 | |
| 24 | 1.250 — | 0 | — | 84 | 14 | |
| 25 | 1.000 — | trac. tr. l. | — | 92 | 15 | |
| 26 | 1.250 — | — | — | 84 | 15 | Céphalée |
| 27 | 2.000 — | — | — | 88 | 15.5 | |
| 28 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 15 | |
| 29 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14.5 | Départ |

Observation XI (personnelle), nº 1607, octobre 1910.

Albuminurie non traitée. Expulsion à terme d'un fœtus se présentant par le siège (décomplété mode des fesses), mort pendant le travail.

D... Marie, I pare, 26 ans, couturière.

Rougeole et coqueluche en bas âge.

D. R., du 23 au 25 décembre 1909.

N'a pas consulté pendant sa grossesse ; ne s'est pas reposée, pique à la machine 10 heures par jour.

Début du travail, 22 octobre à 2 heures du matin, et rupture précoce des membranes. La femme vient consulter à la clinique à 10 heures du matin.

On constate un œdème très prononcé des membres inférieurs qui existerait, au dire de la femme, depuis plusieurs semaines. Elle accuse des crampes dans les mollets, des douleurs lombaires, des palpitations de cœur, de la céphalée, des fourmillements dans les extrémités ; une sensation de doigt mort.

Les urines renferment de l'albumine.

Examen obstétrical.

H U — 31 cm.

Siège décomplété (mode des fesses) en D. T.

Dilatation, 1 franc. Promontoire accessible à 10 cm. 7 ; sacrum plat.

La femme est mise dans une chambre chaude, recouverte de flanelle. Lavement évacuateur.

Le soir, on constate que l'albumine atteint le chiffre de 0 gr. 50 (tube d'Esbach).

T A — 19,5 (au Pachon).

23 octobre, à 2 heures du matin. Dilatation d'une petite paume. Pose d'un ballon vaginal de 500 grammes. Auscultation bonne.

A 4 heures du matin, les bruits du cœur tombent à 120 et s'assourdissent.

A 9 heures du matin : auscultation négative.

Dilatation d'une grande paume à peine.

10 h. 50. Dilatation complète.

P = 92.

TA = 19,5

A 11 heures, expulsion d'un fœtus mort de 2.500 grammes, et extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

Délivrance 30 minutes après.

Placenta 30 minutes après.

Placenta de 400 grammes sans altérations.

P = 92

T = 37,2

Injection intra-utérine.

SUITES DE COUCHES

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 24 | 1.570 gr. | sang | 3 lit. lait | 96 | 16.5 |
| 25 | 2.000 — | traces | — | 96 | 17.5 |
| 26 | 1.250 — | traces | — | 96 | 17 |
| 27 | 1.250 — | traces | — | 98 | 15.5 |

| | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Oct. | | | | | | |
| 28 | 1.500 gr. | trac. légèr. | 3 lit. lait | 96 | 15 | |
| 29 | 2.750 — | — | — | 92 | 15.5 | |
| 30 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 92 | 16 | } Purgation |
| 31 | 2.000 — | traces | — | 92 | 15.5 | |
| Nov. | | | | | | |
| 1er | 2.500 — | trac. légèr. | — potages | 88 | 15 | |
| 2 | 3.000 — | trac. tr. lég. | — | 84 | 15 | |
| 3 | 3.000 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 4 | 2.500 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |
| 5 | 2.750 — | 0 | — purées | 96 | 15 | |
| 6 | 2.250 — | 0 | — | 88 | 14.5 | |

Départ. Bon état général.

Observation XII (personnelle), nº 1615, octobre 1910.

Albuminurie de la grossesse : traitée.

Accouchement à terme, application de forceps pour souffrance fœtale.

V... Marie, II pare, 25 ans, ménagère.

La première gestation se termina en septembre 1909 par un avortement au deuxième mois. Cause ?

D. R., du 11 au 19 novembre 1909.

La femme est admise à la clinique le 18 juillet parce qu'elle présente des traces d'albumine dans ses urines. Elle est soumise au régime lacté absolu.

Nous la suivons journellement depuis le 20 août jusqu'à son départ (soit 2 mois et demi).

| Août | Urines | Albumine | P. | T. A. (au Potain) | | Régime |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 2.000 gr. | traces | 78 | 17 | | |
| 21 | 2.000 — | traces | 82 | 16.5 | | |
| 22 | | traces | 80 | 16 | | Lait de |
| 23 | 1.500 — | traces | 80 | 17 | | 2 à 3 litres |
| 24 | 1.750 — | 0 | 80 | 15.5 | | par jour |
| 25 | 2.000 — | traces | 80 | 16.5 | | |
| 26 | 1.500 — | 0 | 80 | 16 | | |
| 27 | 2.500 — | 0 | 80 | 15.5 | | |
| 28 | 1.000 — | 0 | 1 lit. lait potag.-purées | 80 | 15.5 | |
| 29 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15.5 | |
| 30 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 16 | |
| Sept. 1er | 1.750 — | 0 | — | 88 | 16.5 | |
| 2 | 1.500 — | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 84 | 17 | |
| 3 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 80 | 16 | |
| 4 | 2.500 — | traces | — | 80 | 16 | |
| 5 | 2.000 — | traces | — | 80 | 16 | |
| 6 | 1.500 — | traces | 2 litres | 90 | 16 | |
| 7 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 86 | 16 | |
| 8 | 1.750 — | traces | — | 78 | 16.5 | |
| 9 | 1.600 — | traces | — | 82 | 17.5 | |
| 10 | 1.500 — | — | — | 84 | 17.5 | |
| 11 | 2.500 — | — | 3 litres | 88 | 18 | |
| 12 | 1.750 — | — | — | 80 | 15.5 | |
| 13 | 2.000 — | 0 gr. 25 | 2 litres | 80 | 15.5 | |
| 14 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 88 | 17 | |
| 15 | 3.000 — | traces | — | 80 | 15.5 | |
| 16 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 92 | 17.5 | |
| 17 | 3.000 — | 0 gr. 25 | 3 litres | Céphalée intense, troubles de la vue | | |
| 18 | 3.000 — | 0 gr. 25 | — | 88 | 20 | |
| 19 | 3.000 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 17.5 | Céphalée |

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P | TA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 3.000 gr. | traces | 3 litres lait | 100 | 18 | Céphalée |
| 21 | 3.000 — | — | — | 80 | 17.5 | |
| 22 | 3.000 — | — | — | 80 | 17 | |
| 23 | 2.250 — | — | — | 82 | 16.5 | |
| 24 | 3.000 — | — | — | 82 | 16 | |
| 25 | 2.000 — | 0 | 2 litres | 80 | 15.5 | |
| 26 | 2.500 — | 0 | 3 litres | 88 | 15.5 | |
| 27 | 1.500 — | 0 | 3 lit. potag. | 86 | 15 | (au sphygmo-signal) |
| 28 | 1.500 — | 0 | — | 84 | 13.5 | |
| 29 | 1.500 — | 0 | 2 lit. potag. | 80 | 14 | |
| 30 | 1.200 — | 0 | — | 84 | 14 | |

Du 1er au 15 octobre.

La quantité d'urines varie entre 1.500 et 2.500 grammes.

Disparition totale de l'albumine.

Le Pouls reste entre 80 et 86.

La TA prise chaque jour oscille entre 13,5 et 14,5 n'atteignant 15 qu'une seule fois le 11 octobre.

La femme est remise peu à peu au régime commun.

Etat général bon.

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 2.250 gr. | traces | 2 lit. lait | 84 | 14 | (au Vaquez) |
| 16 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14 | |
| 17 | 1.500 — | traces | — | 84 | 14 | |
| 18 | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 84 | 16.5 | Œdème palpébral et malléolaire |
| 19 | 3.000 — | 0 | — | 80 | 13.5 | |
| 20 | 1.500 — | 0 | — | 72 | 13.5 | |
| 21 | 1.750 — | traces | — | 76 | 14.5 | |
| 22 | 1.000 — | traces | 1 lit. 1/2 | 80 | 14.5 | Purgation |
| 23 | 1.500 — | traces | — | 84 | 14.5 | |

Début du travail à 5 heures du soir.

24 octobre, 1750 à grande paume, 15,5.

Dilatation complète à 11 h. 15 du matin.

A midi. Modification des bruits du cœur. Application de forceps en D. T., et extraction d'un enfant vivant de 3.400 grammes.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 460 grammes, sans altérations.

T = 36,8
P = 92
TA = 13

SUITES DE COUCHES

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | | sang | 3 lit. lait | 88 | 13 | |
| 26 | 1.750 gr. | — | — | 92 | 15.5 | |
| 27 | 1.500 — | — | — | 88 | 15 | |
| 28 | 1.250 — | — | — | 88 | 16 | Purgation |
| 29 | 750 — selles nombreuses | — | 4 litres | 92 | 15.5 | |
| 30 | 1.500 — | traces | 3 litres | 80 | 16 | |
| 31 | 1.750 — | 0 | — | 84 | 15 | |
| Nov. | | | | | | |
| 1er | 1.000 — | 0 | — | 80 | 15.5 | |
| 2 | 1.500 — | 0 | — | 84 | 15.5 | |
| 3 | 1.250 — | 0 | — | 78 | 14.5 | |
| 4 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15 | |
| 5 | 1.500 — | 0 | — | 76 | 15 | |

Départ. Etat général bon.

Observation XIII (personnelle), nº 1698, novembre 1910.

Albuminurie traitée les quatre derniers jours de la gestation. Grossesse gémellaire.

Accouchement prématuré au 9e mois.

M... Marie, II pare, 23 ans, domestique.

A. P. — Scarlatine à 12 ans, avec albuminurie (?)

Fièvre typhoïde à 15 ans.

Grossesses antérieures.

I. — Juillet 1909. Vers le 5e mois de sa grossesse, la femme aurait eu des crises d'éclampsie (?) après lesquelles elle aurait conservé pendant 8 jours de la paralysie de la langue (?) ; on aurait constaté à cette époque que ses urines renfermaient de l'albumine.

Elle expulse 7 mois après les D. R. un fœtus mort et macéré, et ne fait pas à ce moment de nouvelles crises convulsives ; mais ses urines, paraît-il, contiennent de l'albumine.

Depuis la fin de cette première gestation, la femme aurait fréquemment constaté de l'œdème des jambes, l'obligeant parfois à se reposer au lit. A plusieurs reprises elle aurait analysé elle-même ses urines, et aurait constaté un trouble par l'addition de vinaigre ordinaire.

Grossesse actuelle.

D. R. du 27 février au 3 mars.

Au mois de juin, ayant constaté que ses jambes étaient enflées, la femme se met d'elle-même au régime lacté absolu pendant des périodes de huit jours.

Au mois d'octobre, l'œdème se généralise ; apparition d'une céphalée violente, de troubles de la vue (brouillards), le 8 octobre elle a une épistaxis abondante ; et sur les conseils d'un médecin elle vient consulter à la Clinique le 4 novembre.

Examen. Œdème très prononcé des membres inférieurs, de

la paroi abdominale, de la région lombaire, des mains et de la face. Céphalée frontale intense. Troubles de la vue. Ebauche de bruit de galop. Précipité abondant d'albumine.

Examen obstétrical.

H U = 32 cm.

La palpation est rendue presque impossible par l'œdème énorme de la paroi. On note toutefois la présence d'un sommet en D. P.

Auscultation bonne.

La femme est admise aussitôt et placée dans une chambre chaude, recouverte de flanelle. Administration immédiate d'un lavement purgatif. (Selles nombreuses.)

Eau lactosée.

5 *novembre matin :*

Urines — 150 grammes ; bouillon sale.

Albumine — 10 grammes.

P = 72.

TA (au Pachon) = 18,5.

Régime, 500 grammes d'eau lactosée.

Purgatif drastique (eau-de-vie allemande).

6 *heures soir :*

Œdème très accentué de la face ; la femme se plaint d'une céphalée frontale intense. On pratique une saignée de 500 grammes.

Après la saignée :

TA = 17

P = 64

6 *novembre matin :*

Urines — 250 grammes foncées et troubles.

Albumine = 1 gr. 50 (tube fait après la saignée).

P = 68

TA = 16,5.

Régime. 1 litre d'eau lactosée ; 1 litre d'eau stérilisée.

Dans la soirée la femme présente une agitation très accusée.
Administration de 4 grammes de chloral (voie buccale).
7 *novembre matin.*
Urines = 200 grammes (foncées).
Albumine = 1 gr. 50.
P = 92.
TA = 16,5.
Régime. 2 litres d'eau lactosée ; 1 litre d'eau d'Evian.
Lavement purgatif (avec résultat).
Ventouses scarifiées sur la région lombaire.
8 *novembre 4 heures matin :*
Début du travail. Utérus dur et tendu.
A 4 h. 30, rupture précoce des membranes.
A 9 heures, dilatation complète.
A 9 h. 20, expulsion d'un fœtus vivant de 2.180 grammes.

On voit aussitôt apparaître à la vulve une deuxième poche des eaux. Le palper et le toucher permettent alors de constater qu'il existe in utéro un deuxième fœtus.

Rupture artificielle des membranes, pendant qu'on maintient la position longitudinale du deuxième fœtus qui est expulsé au bout de quelques minutes. Poids 1.720 grammes vivant.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Masse placentaire unique du poids de 720 grammes ; farcie de foyers hémorragiques anciens surtout au niveau de la portion correspondant à la loge du deuxième fœtus.

Après la délivrance :

TA = 17
P = 82

Etat général assez bon ; disparition de la céphalée ; persistance de l'œdème palpébral.

SUITES DE COUCHES

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 4.000 gr. | sang | 3 lit. lait<br>1 l. eau lactosée | 84 | 17.5 | |
| 10 | 5.500 — | — | 3 lit lait | 80 | 18 | |
| 11 | 3.500 — | 0 gr. 25 | — | 80 | 18.5 | |
| 12 | 3.500 — | traces | 3 lit. lait<br>1 l. eau bouillie | 84 | 18 | |
| 13 | 3.500 — | traces | — | 80 | 17 | |
| 14 | 1.500 — | traces | — | 80 | 17 | Lavement |
| 15 | 3.000 — | traces | — | 80 | 17 | |
| 16 | 1.750 — | 0 gr. 40 | — | 80 | 17.5 | |
| 17 | 3.000 — | 0 gr. 20 | — | 72 | 17 | |
| 18 | 3.000 — | 0 gr. 20 | | 72 | 15.5 | Examen microscopique après centrifugation des urines. Cylindres épithéliaux. |
| 19 | 3.000 — | traces | 3 lit. lait<br>2 potages<br>1 lit. tisane | 76 | 17 | |
| 20 | 3.000 — | 0 gr. 25 | | 88 | 18.5 | |
| 21 | 3.000 — | traces | — | 80 | 16.5 | |
| 22 | 3.000 — | traces | — | 88 | 16 | |
| 23 | 3.000 — | trac. lég. | — | 84 | 15 | |
| 24 | 2.500 — | traces | — | 86 | 15.5 | |
| 25 | 2.500 — | traces | — | 88 | 16 | |
| 26 | 1.500 — | traces | —<br>légumes | 92 | 16 | |
| 27 | 3.000 — | trac. lég. | — | 92 | 16 | |
| 28 | 2.000 — | — | — | 78 | 15 | |
| 29 | 3.000 — | — | — | 80 | 15 | |
| 30 | 2.000 — | 0 | — | 80 | 15 | |
| Déc. 1er | 3.000 — | 0 | — | 80 | 14.5 | |
| 2 | 2.000 — | 0 | 1 lit. lait<br>rég. comm. | 92 | 15.5 | |
| 3 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 15 | |

Départ. État général bon.
1er enfant pesant 2.410.
2e enfant pesant 1.900.

Observation XIV (personnelle), nº 1728, novembre 1910.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 9e mois.

B... Suzanne, I pare, 19 ans, couturière.

D. R. du 20 au 25 février.

Elle n'a pas consulté pendant sa grossesse et ne s'est pas reposée.

Elle va à l'Asile de l'avenue du Maine le 12 novembre au matin, où l'on constate la présence d'albumine en grande quantité dans ses urines. Elle est amenée à la Clinique à 4 heures du soir.

Examen :

H U = 29

Sommet en D. P. Enfant vivant.

Œdème des membres inférieurs et de la vulve. Précipité abondant d'albumine (5 grammes au tube d'Esbach).

La TA prise dans la soirée est de 19 (Pachon).

La femme est placée dans une chambre chaude, recouverte de flanelle. Administration immédiate d'une purgation (Eau-de-vie allemande et sirop de nerprun ââ 15 grammes).

Début du travail le 13 novembre à minuit 30.

A 5 heures du matin, dilatation complète et rupture spontanée des membranes.

A 5 h. 20, expulsion d'un fœtus vivant de 3.140 grammes. Délivrance par expression française 30 minutes après. Placenta de 550 grammes présentant une volumineuse hémorragie sous-choriale.

P = 84. Te = 37,4.

SUITES DE COUCHES

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 10 heures matin : après l'accouchem. | | | 80 | 18 |
| 14 | 1.500 gr. | traces légères écoulem. sang | 2 lit. lait | 76 | 15.5 |
| 15 | 1.500 — | — | — | 76 | 15 |
| 16 | 2.000 — | — | 3 lit. lait | 72 | 15 |
| 17 | 3.000 — | 0 gr. 20 | — | 72 | 16.5 |
| 18 | 2.000 — | trac. légères | — | 76 | 15.5 |
| 19 | 1.500 — | — | 2 lit. lait potages | 76 | 15 |
| 20 | 1.500 — | — | — | 72 | 14.5 |
| 20 | 1.500 — | 0 | — | 72 | 13.5 |
| 22 | 1.500 — | 0 | — | 76 | 13.5 |
| 23 | 2.000 — | 0 | — | 72 | 13.5 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XV (personnelle), nº 1732, novembre 1910.

Albuminurie de la grossesse (soignée 4 jours).

Accouchement prématuré au 9e mois.

M... Adrienne, I pare, 24 ans, mécanicienne.

D. R. du 27 février au 3 mars 1910.

Elle vient pour la première fois à la consultation, le 10 novembre.

Elle présente de l'œdème des membres inférieurs et de la face ; elle accuse une céphalée intense frontale ; bourdonnements d'oreilles, troubles oculaires, douleur épigastrique, palpitations cardiaques, crampes douloureuses, cryesthésie.

L'examen des urines dénote la présence d'une grosse quantité d'albumine.

La femme est mise dans une chambre à température cons-

tante ; enveloppement de flanelle. Administration d'un purgatif drastique (Eau-de-vie allemande).

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | | 8 gr. | 1 l. eau bouil. | 100 | 19 | |
| 12 | 500 gr. | 5 gr. | 1 l. eau bouil. | 92 | 19 | Lavement purgatif. Disparition de la douleur épigastrique |
| | | | 1 l. eau lactos. | | | |
| 13 | 750 gr. | 3 gr. | 2 l. eau lactos. | 80 | 19.5 | Travail |

Début du travail le 13 novembre à 7 heures du matin.

HU = 27 cm. Sommet en D. P. Enfant vivant.

Dilatation complète à 5 h. 20 du soir et rupture spontanée des membranes, liquide vert.

A 5 h. 30, expulsion d'un fœtus vivant (araignée), de 1.600 grammes.

Délivrance par expression française 30 minutes après. Placenta de 370 grammes avec des foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | Observations |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 750 gr. | 3 gr. | 1 l. 1/2 lait 1/2 Evian | 84 | 19 | |
| 15 | 1.000 — | 3 gr. | — | 92 | 20 | Douleur épigastrique intense. Agitation. Chloral. |
| 16 | 1.000 — | 2 gr. | 2 lit. lait | 84 | 18.5 | |
| 17 | 2.500 — | 1 gr. | 2 lit. lait 1 eau bouil. | 82 | 18 | Disparition des symptômes. |
| 18 | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 88 | 17 | |
| 19 | 2.000 — | 0 gr. 75 | 3 lit. lait 1/2 Evian | 88 | 6.5 | |
| 20 | 2.000 — | 0 gr. 75 | 3 lit. lait | 92 | 16 | |
| 21 | 1.500 — | 0 gr. 50 | — | 84 | 15.5 | |
| 22 | 1.500 — | 0 gr. 20 | — | 88 | 14 | |
| 23 | 1.500 — | traces | — | 84 | 14.5 | |
| 24 | 1.750 — | traces | — | | | |

Départ sur demande. Etat général : bon.

Observation XVI (personnelle), n° 1779, novembre 1910.

Néphrite gravidique sans albuminurie lors de l'accouchement. Femme en état de rétention.

Expulsion 8 mois après les dernières règles d'un fœtus mort et macéré.

L... Juliette, IV pare, 25 ans, charbonnière.

Pères différents ; celui des trois premiers était un éthylique avéré.

La femme aurait présenté vers l'âge de 3 ans une affection pulmonaire sur laquelle on ne peut avoir de renseignements précis.

Grossesses antérieures.

I. — En 1906, avortement au cours du cinquième mois; enfant mort.

II. — En 1907, avortement à quatre mois et demi ; enfant mort.

III. — En 1908, sommet spontané à terme ; enfant élevé au sein maternel exclusif jusqu'à 15 mois ; mort à 19 mois de rougeole.

Grossesse actuelle.

D. R. du 6 au 10 mars.

La femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse. Elle arrive à la salle de travail le 21 novembre à 4 heures du matin.

Examen : H U = 20 cm.

Utérus mou. Dilatation d'une petite paume. La poche des eaux fait hernie dans le vagin.

Auscultation négative. On fait le diagnostic de rétention. Pas d'albumine dans les urines.

A 5 h. 40, la dilatation est complète ; rupture artificielle des membranes. Ecoulement de liquide chocolaté. A 6 heures, expulsion d'un fœtus se présentant par le siège, mort et macéré, du poids de 900 grammes.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 200 grammes, farci de noyaux hémorragiques anciens. Rétention totale de caduque.

SUITES DE COUCHES

| Nov. | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|
| 21 | sang | lait 3 lit. | 88 | 18 |
| 22 | — | — | 84 | 18.5 |
| 23 | traces | — | 80 | 18 |
| 24 | — | — | 84 | 18 |
| 25 | — | — | 84 | 17 |
| 26 | — | — | 88 | 17.5 |
| 27 | 0 gr. 25 | — | 116 | 18 |
| 28 | traces | — | 92 | 15.5 |

Départ sur demande.

Observation XVII (personnelle), nº 1831, décembre 1910.

Albuminurie de la grossesse traitée.

Endométrite. Accouchement prématuré au 9e mois.

F... Amélie, II pare, 34 ans, cuisinière.

Scarlatine à 20 ans, avec albuminurie (?).

Hernie inguinale droite opérée à 30 ans.

1er accouchement, en juillet 1907, à la Maternité.

Sommet spontané à terme. Pas d'albumine pendant la grossesse ni au moment de l'accouchement. Enfant vivant.

Grossesse actuelle,

D. R. du 15 au 18 mars.

La femme vient consulter à la Clinique le 17 octobre, et est admise aussitôt pour albuminurie.

Pas de signes de Brightisme ; elle accuse seulement un peu de céphalée frontale. En outre elle dit avoir sensiblement maigri

depuis quelques mois, ses forces ont diminué, elle tousse, et accuse des sueurs nocturnes.

Auscultation. Signes de bacillose pulmonaire.

Au sommet droit on perçoit des râles humides.

A gauche respiration saccadée et soufflante.

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 1.500 gr. | 4 gr. 50 | 2 lit. lait | 92 | 16.5 | |
| 19 | 1.750 — | 1 gr. 50 | 3 litres | 84 | 15.5 | |
| 20 | 1.750 — | 1 gr. | — | 88 | 15.5 | |
| 21 | 1.500 — | 0 gr. 50 | — | 92 | 14 | Céphalée Purgation |
| 22 | 1.750 — | 0 gr. 50 | — | 98 | 13.5 | |
| 23 | 1.250 — | 0 gr. 50 | — | 88 | 14 | |
| 24 | 2.000 — | traces | — | 84 | 13.5 | |
| 25 | 2.250 — | 0 | — potages | 84 | 13 | |
| 26 | 1.250 — | 0 | — | 80 | 13.5 | |
| 27 | 1.500 — | 0 | — | 88 | 14 | |
| 28 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14.5 | |
| 29 | 2.000 — | 0 | 1 lit lait rég. comm. | 84 | 15 | |
| 30 | 1.000 — | 0 | — | 84 | 15 | |
| 31 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 15 | |
| Nov. | | | | | | |
| 1er | 2.000 — | 0 | — | 88 | 15.5 | |
| 2 | 1.750 — | traces | — | 84 | 15.5 | |
| 3 | 1.250 — | 0 | — | 92 | 15 | |
| 4 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 15 | |

La femme quitte le service sur sa demande formelle ; elle doit revenir aux premières douleurs.

Début du travail le 1er décembre à 4 heures du soir. La femme revient à la Clinique et l'on constate encore la présence d'albumine dans ses urines, mais en petite quantité.

A la dilatation du petite paume (2 déc.) :

P = 76 TA = 17.

Dilatation complète 2 décembre, 6 heures soir.

A 6 h. 50, expulsion d'un fœtus vivant de 2.700 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 650 grammes, sans lésions.

Après la délivrance :

P = 88 TA = 15.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 750 gr. | sang | 2 lit. lait | 84 | 15 | |
| 4 | 800 — | — | — | 84 | 14.5 | |
| 5 | 700 — | traces | — | 80 | 15 | |
| 6 | 750 — | traces | — | 100 | 15 | Fièvre 40, toux |
| 7 | 1.500 — | 0 | — | 90 | 14 | |
| 8 | 1.750 — | 0 | — potages | 88 | 13.5 | |
| 9 | 1.850 — | 0 | — | 88 | 13.5 | |

Jusqu'au 15 décembre les urines oscillent entre 15 et 1.800 grammes, plus d'albumine. TA varie entre 13,5 et 14,5.

Observation XVIII (personnelle), nº 111, janvier 1911.

Albuminurie de la gestation, traitée.

Accouchement à terme. Application de forceps pour œdème du périnée et défaut de progression de la tête. Fistule vagino-rectale.

B... Mathilde, I pare, 18 ans, fleuriste.

D. R. 27-31 mars.

Vient consulter le 24 décembre à la Clinique.

Sommet en OIGA. Elle est admise pour albuminurie.

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 1.500 gr. | 0 gr. 50 | 2 l. eau lact. | 80 | 16 | Purgation |
| 26 | 2.250 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 17.5 | |
| 27 | 1.500 — | traces | 2 lit. lait 1/2 lit. d'eau | 80 | 15 | |
| 28 | 2.000 — | traces | 4 lit. lait | 76 | 15 | |
| 29 | 2.000 — | — | 3 l. 1/2 lait | 80 | 16 | |
| 30 | 2.500 — | — | 4 litres | 78 | 17.5 | |
| 31 | 2.500 — | — | — | 80 | 17 | |
| Janv. | | | | | | |
| 1er | 2.000 — | 0 gr. 50 | 3 l. 1/2 | 80 | 16.5 | |
| 2 | 1.750 — | 0 gr. 25 | — | 72 | 17.5 | |
| 3 | 3.000 — | 0 gr. 30 | 4 lit. lait | 72 | 18 | |
| 4 | 2.000 — | 0 gr. 40 | 3 — | 76 | 16.5 | |
| 5 | 2.500 — | 0 | 4 — | 80 | 15.5 | |
| 6 | 2.500 — | 0 gr. 40 | 4 — | 80 | 16.5 | |
| 7 | 2.500 — | 0 gr. 40 | — | 84 | | |
| 8 | 2.500 — | traces | — | 80 | 15 | |
| 9 | 1.500 — | 0 gr. 40 | 3 l. lait | 78 | 16.5 | |
| 10 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 15 | |
| 11 | 1.500 — | 0 gr. 40 | — | 80 | 15.5 | |
| 12 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 15 | |
| 13 | 2.000 — | 0 gr. 50 | — | 84 | | |
| 14 | 2.250 — | 0 gr. 60 | — | 80 | 16.5 | |
| 15 | 2.500 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 16 | |
| 16 | 1.750 — | 0 gr. 50 | — | 84 | 16.5 | |
| 17 | 1.250 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 15.5 | |
| 18 | 1.250 — | 0 gr. 75 | — | 72 | 17 | |
| 19 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 78 | 15 | |
| 20 | 1.250 — | 0 gr. 50 | — | 76 | 14.5 | |
| 21 | 1.250 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 15.5 | |
| 22 | 2.000 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 16 | |

23 Début du travail, à 3 heures du matin.

Dilatation complète à 11 heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Alb., 1 gramme.

P = 80.

TA = 16,5.

Malgré la fréquence des contractions, la tête ne progresse pas.

A 2 h. 1/2 du soir, on constate un léger œdème de la vulve : rotation non effectuée.

A 3 heures soir, augmentation de l'œdème gagnant le périnée. Application de forceps en G. A. et extraction d'un enfant vivant de 2.430 grammes.

Délivrance une demi-heure après; placenta de 390 grammes, présentant un foyer hémorragique ancien.

SUITES DE COUCHES

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | | sang | lait | 84 | 14 | |
| 25 | | sang | 3 lit. lait | 84 | 13 | |
| 26 | | — | — | 96 | 12,5 | |
| 27 | | 0 gr. 25 | 2 l. 1/2<br>1 l. tisane | 96 | 15.5 | |
| 28 | 1.300 gr. | traces | — | 92 | 15.5 | Fistule recto-vaginale |
| 29 | 3.000 — | | — | 84 | 14.5 | |
| 30 | 1.750 — | | 3 lit. lait<br>1 lit. tisane | 88 | 14 | |
| Fév. | | | | | | |
| 1er | 1.000 — | | — | 84 | 14 | |
| 2 | 1.750 — | | — | 80 | 13 | |
| 3 | 2.500 — | | — | 80 | 13.5 | |
| 4 | 3.000 — | | — | 80 | 11.5 | Départ. |

Observation XIX (personnelle), n° 216, février 1911.

Albuminurie traitée 8 jours.

Expulsion au 8e mois d'un fœtus mort et macéré.

B... Berthe. I pare, 23 ans, repasseuse.

A. P. — Rhumes fréquents l'hiver ; bronchite en novembre 1910 ; la femme aurait eu à cette époque des crachements de sang.

D. R. 11-15 juin.

La grossesse actuelle non surveillée, aurait évolué normalement jusqu'au 1er janvier. A cette époque la femme aurait eu subitement une crise convulsive (?) à la suite de laquelle elle consulte un médecin qui constate la présence d'albumine dans ses urines et lui ordonne le régime lacté exclusif.

Depuis le 1er janvier, apparition de céphalées, troubles de la vue, douleur épigastrique en barre, œdème des membres inférieurs, de la face, vomissements. Plus de crises convulsives Malgré le régime lacté, persistance de l'albuminurie. La femme vient consulter et entre à la clinique le 5 février.

Enfin depuis le milieu du mois de janvier elle ne sent plus remuer.

*Examen.* — A l'entrée on constate une malformation utérine Parties fœtales non accessibles au palper. Paroi utérine tendue. Auscultation négative. Albumine 4 grammes.

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 1.500 gr. | 4 gr. | 1 l. eau lact.<br>2 l. eau stéril. | 88 | 19 | Purgation |
| 6 | 1.250 — | 3 gr. | 1 lit. lait<br>1 lit. Vals | 88 | 19 | |
| 7 | 3.500 — | 1 gr. 50 | 2 lit. lait<br>1 lit. Vals | 92 | 17 | |
| 8 | 2.250 — | 1 gr. 50 | 3 lit. lait<br>1 lit. Vals | 88 | 16 | |

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 2.250 gr. | 1 gr. 50 | — | 92 | 16.5 |
| 10 | 2.500 — | 1 gr. 75 | — | 84 | 17 |
| 11 | 3.000 — | 1 gr. | — | 88 | 17.5 |

Début du travail à minuit.

12 février à 4 heures matin, rupture précoce des membranes ; liquide chocolaté.

A 7 h. 30 matin, expulsion d'un fœtus mort et macéré de 870 grammes.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement ; placenta de 240 grammes farci de nombreux foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | après l'accouchement | | | 96 | 16.5 | |
| 13 | 1.800 gr. | sang | 3 lit. lait<br>1 lit. Vals | 88 | 15.5 | |
| 14 | 3.000 — | — | — | 96 | 15.5 | |
| 15 | 2.250 — | — | — | 92 | 15 | |
| 16 | 2.500 — | traces | — | 96 | 15 | |
| 17 | 2.500 — | traces | — | 96 | 15.5 | |
| 18 | 2.250 — | sang | — | 96 | 15 | |
| 19 | 1.000 — | — | — | 88 | 14.5 | |
| 20 | 2.000 — | — | — | 92 | 14.5 | |
| 21 | 3.500 — | 1 gr. | — | 96 | 15.5 | |
| 22 | 2.750 — | 0 gr. 75 | — | 84 | 14.5 | |
| 23 | 3.000 — | 1 gr. | — | 80 | 15 | |
| 24 | 3.000 — | 1 gr. | — | 88 | 15 | |
| 25 | 3.000 — | 1 gr. | — | 92 | 14.5 | Départ |

Auscultation des poumons. Sommet gauche :

Respiration soufflante ; inspiration prolongée râles sibilants perçus en arrière.

Observation XX (personnelle), nº 246, février 1911.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 7e mois.

T... Henriette, IV pare, 35 ans, fleuriste.

A. P. — Rougeole à 3 ans.

Variole à 7 ans.

Fluxion de poitrine dans l'enfance.

A. obs. — I. Accouchement prématuré au 7e mois ,enfant mort-né. Albuminurie.

II. Sommet spontané à terme ; fille vivante ; pas d'albuminurie.

III. Sommet spontané à terme, garçon vivant ; pas d'albuminurie.

Grossesse actuelle.

D. R. — 24-29 juillet 1910.

La grossesse évolue normalement jusqu'à la fin de janvier.

A cette époque, apparition subite d'œdème de la face, puis des membres inférieurs. Douleurs épigastriques, céphalée intense, vomissements, troubles oculaires, engourdissements des extrémités, insomnie.

La femme fait examiner ses urines par une sage-femme de ville qui constate la présence d'albumine et lui conseille le régime lacté. Mais l'ingestion du lait détermine des vomissements.

Le 17 février elle vient à la consultation et entre à Baudelocque. Légère bouffissure de la face, pas d'œdème malléolaire, céphalée et douleur épigastrique légères.

TA = 23 (Pachon)

La femme est mise dans une chambre à température constante ; enveloppements de flanelle ; eau-de-vie allemande ; selles nombreuses et abondantes.

18 février. Début du travail à 9 heures matin.

Urines, 500 grammes, foncées.

Albumine = 13 grammes.

TA = 22,5.

P = 64.

Depuis la veille la femme a pris 1 litre d'eau stérilisée.

A 1 h. 50 du soir, dilatation complète.

A 1 h. 55, expulsion d'un fœtus vivant débile de 600 grammes (il meurt 19 heures après sa naissance).

Délivrance 25 minutes après l'accouchement ; placenta de 180 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens, et un cotylédon accessoire.

SUITES DE COUCHES

| Févr. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 1.000 gr. | 7 gr. | lait | 68 | 24 | |
| 20 | 500 — bouillon | 6 gr. | 750 gr. lait 1 Vals | 80 | 21 | |
| 21 | 1.500 — rouges | 2 gr. | 1 l. 1/2 lait 1 Vals | 84 | 20 | Céphalée |
| 22 | 1.000 — | 1 gr. 75 | 2 lit. lait 1/2 l. d'eau | 80 | 20 | |
| 23 | 1.500 — | 1 gr. | — | 92 | 18.5 | |
| 24 | 1.500 — | 1 gr. 25 | 4 lit. lait | 88 | 18.5 | |
| 25 | 1.000 — | 2 gr. | — | 100 | 18.5 | |
| 26 | 2.250 — | 0 gr. 40 | 1 l. 1/2 lait 1 eau lact. | 92 | 18 | |
| 27 | 2.000 — | | 2 lit lait 1 eau lact. | 92 | 17 | |
| 28 | 2.000 — | 0 gr. 30 | — | 88 | 16.5 | |
| Mars 1er | 2.000 — | traces | 3 lit. lait 1 l. eau lact. | 88 | 15 | |

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 2.000 gr. | traces | 3 lit. lait<br>1 lit. eau lact. | 84 | 15.5 |
| 3 | 2.000 — | traces | — | 88 | 15.5 |
| 4 | 2.000 — | trac. lég | — | 84 | 15 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXI (personnelle), nº 429, mars 1911.

Albuminurie traitée.

Accouchement à terme.

D... Jeanne, I pare, 23 ans, ménagère.

D. R. du 2-6 juin.

La femme vient consulter à Baudelocque le 1er et le 25 février ; pas d'albumine dans les urines.

Le 2 mars, on note à la consultation la présence d'albumine ; on conseille à la femme de suivre le régime lacté absolu chez elle. Elle revient le 14 mars, présentant alors de l'œdème des membres inférieurs, de la céphalée, une douleur épigastrique.

Elle est admise dans une chambre chaude.

Purgation, flanelle chaude, lait.

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 1.750 gr. | 3 gr. | 3 lit. lait | 72 | 17 |
| 16 | 2.000 — | 3 gr. | — | 72 | 17 |
| 17 | 1.750 — | 3 gr. | — | 76 | 16.5 |
| 18 | 2.250 — | 3 gr. | — | 72 | 16.5 |
| 19 | 1.750 — | 2 gr. | — | 76 | 16.5 |
| 20 | 1.750 — | 2 gr. | — | 72 | 16.5 |
| 21 | 1.750 — | 2 gr. 50 | — | 76 | 16.5 |
| 22 | 2.000 — | 2 gr. | — | 68 | 16.5 |
| 23 | 1.750 — | 2 gr. | — | 72 | 16.5 |
| 24 | 1.750 — | 2 gr. | — | 72 | 16.5 |
| 25 | 2.000 — | 2 gr. | — | 76 | 16.5 |
| 26 | 1.750 — | 2 gr. | — | 72 | 16.5 |

Début du travail à midi.

Dilatation complète le 27 mars à 3 h. 20 du matin.

A 7 h. 30 matin, expulsion d'un fœtus vivant de 3.130 grammes, qui meurt au bout de 6 jours.

Délivrance 30 minutes après l'accouchement ; placenta de 610 grammes ; présentant quelques foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | | | lait | 96 | 16 | |
| 28 | 1.750 — | sang | 3 lit. lait | 80 | 16 | |
| 29 | 3.000 — | — | — | 80 | 16 | |
| 31 | 1.750 — | — | — | 80 | 15 | |
| 1 | 1.750 — | traces | 3 lit. lait | 78 | 15.5 | |
| 2 | 2.000 — | 0 gr. 50 | — | 88 | 15.5 | |
| 3 | 2.000 — | traces | — | 80 | 15 | Constipation, purgation |
| 4 | 1.750 — | 0 gr. 60 | — | 84 | 15.5 | |
| 5 | 800 — sel. nomb. | 0 gr. 60 | — | 84 | 15 | |
| 6 | 1.500 — | traces | — | 84 | 15 | |

Départ. Bon état général.

Observation XXII (personnelle), n° 606, avril 1911.

Albuminurie traitée 10 jours.

Accouchement prématuré au 9e mois.

C... Hélène, IV pare, 40 ans, couturière.

Rougeole dans l'enfance.

A. obst. — I. Accouchement prématuré au 9e mois, enfant mort peu après sa naissance. Albuminurie de la gestation.

II. Accouchement prématuré au 9e mois. Albuminurie de la gestation, enfant vivant.

III. Avortement au 3e mois.

Grossesse actuelle.

D. R., du 18 au 22 août.

La grossesse suivie régulièrement à la consultation évolue normalement jusqu'au 14 avril. A cette date, on constate de l'albumine dans les urines, on conseille à la femme le régime lacté absolu.

Le 22 avril, apparition de céphalée, douleurs épigastriques et lombaires, œdème considérable. La femme est admise aussitôt à la Clinique et soumise au traitement habituel (eau-de-vie allemande, lavement évacuateur tous les matins, flanelle chaude).

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 300 gr. | 2 gr. | 1 l. eau lact. 1/2 lit.lait | 100 | 19 | |
| 24 | 500 — | 0 gr. 40 | — | 100 | 19 | |
| 25 | 1.000 — | 1 gr. 50 | 1 lit. eau 3 lit.lait | 92 | 19.5 | |
| 26 | 1.800 — | 0 gr. 50 | — | 96 | 19 | |
| 27 | 1.500 — | 0 gr. 25 | 1 l. 1/2 $H^2O$ lact. id. lait | 100 | 19 | Troubles visuels |
| 28 | 500 — bouillon | 0 gr. 25 | 1 l. $H^2O$ lact. 300 gr lait | 96 | 20 | Vomissements |
| 29 | 500 — bouillon | 0 gr. 25 | 1 l. $H^2O$ lact. 1/2 Dirza | 104 | 21.5 | |
| 30 | 550 — | 0 gr. 25 | — | 100 | 21.5 | |
| Mai 1er | 500 — | 0 gr. 25 | 1 lit. lait 1 Dirza | 6 | 22 | |
| 2 | 750 — | 0 gr. 25 | — | 90 | 22 | |

3 Début du travail à 12 h. 30 du matin, 25 minutes après la rupture prématurée des membranes.

Dilatation complète à 6 h. 50 matin.

A 6 h. 55 du matin, expulsion d'un fœtus vivant mais débile de 2.200 grammes.

Délivrance 20 minutes après ; placenta de 400 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens.

P = 130. TA = 18.

SUITES DE COUCHES

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 1.000 gr. | sang | 1 lit. lait 1/2 Dirza | 100 | 17 |
| 5 | 1.500 — | | 3 lit. lait 1 lit. Vichy | 100 | 15.5 |
| 6 | 1.750 — | traces | — | 96 | 16 |
| 7 | 1.800 — | 0 | — | | |
| 8 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 15 |
| 9 | 1.250 — | 0 | 2 lit. lait 1 lit. tisane | 80 | 15 |
| 10 | 1.200 — | 0 | 2 lit. lait potag. purée | 84 | 16 |
| 11 | 1.250 — | 0 | — | 84 | 15.5 |

Départ. Etat général bon.

Observation XXIII (personnelle), nº 680, mai 1911.

Albuminurie traitée.

Accouchement prématuré au 9e mois.

G... Suzanne, I pare, 20 ans, domestique.

D. R., du 20 au 25 août.

Vient consulter pour la première fois le 21 avril.

H U = 30. Tête en bas qui s'engage ; dos à gauche ; enfant vivant. Traces d'albumine dans les urines. Pas d'œdème ni de céphalée.

La femme est admise à la clinique et soumise au traitement habituel.

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 650 gr. | 2 gr. 50 | 2 lit lait | 100 | 17.5 |
| 23 | 750 — | 1 gr. | — | 100 | 17.5 |
| 24 | 750 — | 0 gr. 50 | — | 100 | 15 |
| 25 | 750 — | 0 | — | 92 | 15.5 |
| 26 | 850 — | 0 | — | 90 | 13.5 |
| 27 | 750 — | 0 | — | 92 | 12.5 |
| 28 | 750 — | 0 | — | 80 | 13 |
| 29 | 1.000 — | 0 | — | 80 | 13. |
| 30 | 1.000 — | 0 | — | 80 | 13.5 |

Du 1er au 15 mai, la tension oscille entre 13 et 14,5 ; les urines ne renferment plus d'albumine ; et leur quantité varie entre 1 et 2 litres.

Du 15 au 17 mai, la tension remonte à 15,5, pas d'albumine.

Le 18 mai, à 2 heures du matin, début du travail. (Rupture prématurée des membranes le 17, à 10 h. 1/2 du soir.) Dilatation complète à 6 heures et à 6 h. 35 du matin, expulsion d'un fœtus vivant de 3.250 grammes.

Délivrance une demi-heure après; placenta de 480 grammes, sans altérations.

Suites de couches rigoureusement normales, et départ de mère et de l'enfant au neuvième jour avec un bon état général.

### Observation XXIV (personnelle), nº 1018, juillet 1911

Albuminurie traitée.

Expulsion au huitième mois d'un fœtus mort et macéré. Délivrance artificielle.

L... Elisa, II pare, 31 ans, ménagère.

A. P. — Scarlatine et rougeole en bas âge ; il y a quatre ans, crises de rhumatisme articulaire aigu.

A. obst. — I. Avortement au cours du troisième mois. Œuf mort. Cause ?

Grossesse actuelle. D. R., 30 oct., 2 novembre.

La grossesse suivie évolue normalement jusqu'au 24 juin, où l'on constate 2 gr. 50 d'albumine dans les urines. La femme entre à la clinique et est soumise au traitement habituel.

| Juin | Urines | Albumine | Régime | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 1.750 gr. | 2 gr. 50 | 2 lit. lait 1 lit. eau | 19.5 | |
| 28 | 2.000 — | 2 gr. 50 | — | 18.5 | |
| 29 | 2.000 — | 2 gr. 50 | — | 18.5 | |
| 30 | 1.800 — | 2 gr. 50 | — | 18.5 | |
| Juill. | | | | | |
| 1 | 3.000 — | 2 gr. 50 | — | 19 | |
| 2 | 3.000 — | 2 gr. 50 | — | 18 | |
| 3 | 2.600 — | 2 gr. | — | 18 | |
| 4 | 2.200 — | 2 gr. | 3 lit. lait | 19 | |
| 5 | 2.000 — | 2 gr. | 2 l. 1/2 | 19 | |
| 6 | 2.000 — | 2 gr. 50 | — | 21 | |
| 7 | 1.500 — | 2 gr. | 2 lit. | 21 | |
| 8 | 1.500 — | 2 gr. | — | 22.5 | |
| 9 | 1.650 — | 1 gr. 75 | 2 l. 1/2 | 18 | |
| 10 | 2.000 — | 2 gr. | — | 19 | |
| 11 | 2.000 — | 1 gr. 25 | — | 17.5 | Purgation |
| 12 | 1.500 — | 3 gr. 25 | — | 19 | |
| 13 | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 19 | |
| 14 | 1.500 — | 0 gr.70 | — | 18.5 | |
| 15 | 2.000 — | 0 gr. 70 | — | 19 | |
| 16 | 1.500 — | 0 gr. 60 | — | 18.5 | Auscultation fœtale négative |
| 17 | 2.000 — | 1 gr. | — | 19 | |
| 18 | 2.500 — | | — | 19 | |
| 19 | 2.100 — | 1 gr. | 3 lit. lait | 19.5 | |
| 20 | 2.000 — | 1 gr. | — | 19.5 | |
| 21 | 2.200 — | 0 gr. 75 | — | 19.5 | |

Début du travail le 22 juillet à 3 heures soir.

Dilatation complète à 8 h. 25 soir ; rupture tempestive des membranes, liquide chocolaté à 8 h. 45 du soir, expulsion d'un fœtus mort et macéré de 1.950 grammes.

30 minutes après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé ; le P monte à 120, 130, 140 ; pas d'hémorragie ; état général bon.

A 11 h. 15 du soir, P 140 à 145 ; on pratique la délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine. Placenta de 230 grammes, présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens.

*Suites de couches.*

Disparition totale de l'albumine.

Quantité d'urines, 2.000 à 2.500 grammes.

TA = oscille entre 15 et 15,5, jusqu'au départ de la femme qui présente un bon état général.

Observation XXV (personnelle), n° 1566, novembre 1911.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 9e mois.

R... Marie, I pare, 28 ans, ménagère.

D. R, 4-7 février.

La femme vient consulter à plusieurs reprises à la clinique, où l'on constate de l'albumine dans les urines. Ne pouvant rester dans le service, on lui conseille une purgation et le régime lacté absolu qui n'est pas suivi intégralement.

Début du travail, le 5 novembre, à 9 h. 30 du soir.

La femme arrive à la Clinique le 6 novembre au matin ; on constate de l'œdème des membres inférieurs, pas de céphalée.

Sommet en O I G A, enfant vivant.

Albumine, 3 gr. 50.

Lavement évacuateur ; enveloppement de flanelle.

3 *heures du soir.* Apparition brusque de céphalée en casque intense; la femme est un peu agitée, cyanosée; la face est bouffie.

TA = 25,5.

On fait immédiatement une saignée de 600 grammes.

Après la saignée.

TA = 19,5.

La céphalée diminue ; les contractions utérines se rapprochent.

Dilatation complète à 5 h. 15 du soir, et rupture artificielle des membranes.

A 6 heures du soir, expulsion d'un fœtus vivant de 2.130 grammes (enfant araignée).

Délivrance spontanée 25 minutes après ; placenta de 350 grammes présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens, et un récent.

P = 102.

SUITES DE COUCHES

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 250 gr. | sang | | 100 | 25.5 | Matin |
| | | | | | 19 | Soir |
| 7 | 500 — | sang | 2 l. eau lact. | 100 | 15.5 | Purgation |
| 8 | 750 — | 0 gr. 50 | — | 96 | 18.5 | |
| 9 | 1.750 — | 0 gr. 45 | 2 lit. lait<br>2 lit. eau | 100 | 16.5 | |
| 10 | 700 — | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 92 | 16 | |
| 11 | 1.250 — | 0 gr. 75 | — | 120 | 16 | Purgation |
| 12 | | 0 gr. 75 | — | 88 | 17 | |
| 13 | 1.750 — | 1 gr. | — | 80 | 17.5 | |
| 14 | 1.750 — | 0 gr. 25 | — | 80 | 18 | |

Départ sur demande.

Observation XXVI (personnelle), n° 1663, novembre 1911.

Albuminurie traitée 11 jours.

Accouchement prématuré au 9e mois.

B... Louise, I pare, 24 ans, ménagère.

D. R., 26-28 février.

Au mois de septembre, apparition de céphalée quotidienne, douleur épigastrique en barre, troubles oculaires et auditifs.

La femme vient consulter à la Clinique, où l'on constate de l'albumine dans les urines ; on lui ordonne le régime lacté absolu, qui est suivi très irrégulièrement.

La femme entre à la Clinique le 16 novembre, pour albuminurie. Traitement habituel.

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | | 1 gr. | lait | 84 | 18.5 |
| 17 | non recueill. | 1 gr. | 3 lit. lait | 76 | 17 |
| 18 | 1.750 gr. | 0 gr. 50 | — | 80 | 18.5 |
| 19 | 1.850 — | 0 gr. 50 | — | 78 | 19 |
| 20 | 1.000 — | 1 gr. 75 | — | 80 | 19 |
| 21 | 1.000 — | 1 gr. 75 | — | 72 | 17 |
| 22 | 1.000 — | 1 gr. 25 | — | 76 | 16.5 |
| 23 | 1.000 — | 1 gr. 50 | — | 72 | 15.5 |
| 24 | 1.000 — | 1 gr. | — | 80 | 17.5 |
| 25 | 1.000 — | 1 gr. 50 | — | 84 | 19.5 |
| 26 | 1.000 — | 1 gr. | — | 92 | 19 |

27 Début du travail à 2 h. 30 matin.

Rupture précoce des membranes à 6 h. 30 ; dilatation complète à 7 h. 30, et à 8 h. 25 expulsion d'un enfant vivant de 2.700 grammes. Délivrance 30 minutes après. Après la délivrance, TA = 15,5.

SUITES DE COUCHES

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 28 | | sang | 3 lit. lait | 84 | 15.5 |
| 29 | 900 gr. | — | — | 80 | 15.5 |
| 30 | 900 — | — | — | 80 | 14.5 |
| Juin | | | | | |
| 1er | 1.750 — | — | — | 76 | 14 |
| 2 | 1.750 — | 0 | — | 78 | 13.5 |
| 3 | 1.550 — | 0 | — | 72 | 14 |

Départ. Etat général bon.

Observation XXVII (personnelle), nº 1765, décembre 1911.

Albuminurie traitée 4 jours.

Accouchement prématuré au cours du 8e mois.

M... Louise, II pare, 42 ans, cuisinière.

Première grossesse terminée par un accouchement anormal à terme ; pas d'albumine. Enfant mort à 7 mois d'entérite.

D. R., 15-20 avril.

A la fin de novembre, la femme voit son médecin qui constate la présence d'albumine dans les urines ; il lui conseille le régime lacté qu'elle ne suit d'ailleurs pas. Elle vient consulter à la Clinique le 13 décembre, se plaignant de céphalée frontale intense, douleur épigastrique. Elle est admise et soumise au traitement habituel.

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | | 3 gr. 50 | 1 lit. $H^2_0$ | 21.5 | |
| 14 | 3.000 — | 4 gr. 50 | 2 l. eau lact. | 21.5 | Epistaxis |
| 15 | 2.500 — | 3 gr. | 1 lit. lait | 19 | |
| 16 | 2.750 — | 3 gr. | 1 Dirza | 20 | Céphalée intense<br>Saignée de 500 gr. |
| 17 | 2.000 — | 3 gr. 50 | — | 19.5 | |

Début du travail à 10 h. 30 matin.

Dilatation complète à 1 heure du soir ; rupture des membranes.

A 1 h. 5, expulsion d'un fœtus vivant débile de 1.500 grammes. Délivrance 30 minutes après ; placenta de 370 grammes avec foyers hémorragiques anciens et un volumineux foyer récent intra-cotylédonaire affleurant la face utérine (menace d'hémorragie rétro-placentaire).

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. |
|---|---|---|---|---|
| 18 | 1.780 gr. | sang | 3 lit. lait | 16 |
| 19 | 2.250 — | sang | — | 15 |
| 20 | 2.500 — | trac. lég. | — | 15 |
| 21 | 2.750 — | 0 | — | 14.5 |
| 22 | 2.500 — | 0 | — | 14.5 |
| 23 | 2.750 — | 0 | — | 14 |
| 24 | 3.000 — | 0 | — | 14 |
| | | | Potages | |

Départ. Etat général bon.

Observation XXVIII (personnelle), n° 1795, décembre 1911.

Albuminurie traitée 15 jours.

Accouchement prématuré au 9e mois.

Abcès du sein dans les suites de couches.

H... Blanche, I pare, 20 ans, papetière.

Coxalgie à 5 ans, guérie avec raccourcissement de 3 centimètres de la jambe gauche.

D. R., 28 mars-3 avril.

Au début de novembre, apparition subite de céphalée frontale intense, troubles oculaires et auditifs ; œdème des 4 membres. La femme vient consulter à Baudelocque ; on trouve une

grande quantité d'albumine dans les urines, et malgré les conseils qui lui sont donnés, elle ne reste pas dans le service et ne suit même pas le régime lacté. Devant l'intensité croissante des symptômes, elle revient à la Clinique où elle entre le 8 décembre. (Traitement habituel.)

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | | 3 gr. | diète hydr. | 20 | |
| 9 | Perdues | 2 gr. | 3 lit. lait | 20.5 | |
| 10 | 2.500 gr. | 1 gr. | — | 19 | |
| 11 | 2.500 — | 1 gr. | — | 19.5 | |
| 12 | 2.250 — | 1 gr. | — | 19.5 | |
| 13 | 1.100 — | 1 gr. 50 | — | 19.5 | |
| 14 | 1.500 — | 1 gr. 50 | 3 lit. lait | 18.5 | Lavement évacuateur quotidien |
| 15 | 1.500 — | 2 gr. | — | 19 | |
| 16 | 1.250 — | 2 gr. 25 | — | 18.5 | |
| 17 | 2.500 — | 2 gr. | — | 17.5 | |
| 18 | 2.250 — | 2 gr. | — | 17 | |
| 19 | 2.100 — | 2 gr. | — | 17.5 | |
| 20 | 1.750 — | 2 gr. | — | 17.5 | |
| 21 | 1.850 — | 2 gr. | — | 19 | |
| 22 | 1.750 — | 2 gr. 50 | — | 19 | |
| 23 | 1.500 — | 2 gr. 50 | — | 19.5 | |

Début du travail à 5 h. du matin.

Dilatation complète à 2 h. 15 soir ; rupture des membranes.

Expulsion à 3 h. 20 d'un fœtus vivant de 2.100 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 500 grammes, avec foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. |
|---|---|---|---|---|
| 24 | 1.850 gr. | sang | 3 lit. lait | 16 |
| 25 | 2.000 — | — | — | 14.5 |
| 26 | 2.250 — | 0 | — | 14 |
| 27 | 2.000 — | 0 | — | 14 |
| 28 | 2.500 — | 0 | — | 14 |

Abcès du sein qui est incisé (Isolement).

Départ. Etat général bon.

Observation XXIX (personnelle), n° 1810, décembre 1911.

Albuminurie soignée. Accouchement à terme.

M... Vera, II pare, 28 ans, institutrice.

Première grossesse terminée par l'expulsion au 9e mois d'un fœtus mort (qui aurait pesé, dit la femme, 5 kilog.). Apparition d'une phlegmatia dans les suites de couches.

Grossesse actuelle. — D. R., 15-19 mars.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 18 décembre où l'on constate pour la première fois des traces d'albumine dans les urines. Depuis quelque temps la femme dit avoir de la céphalée frontale continue, et une douleur épigastrique assez accentuée. On note de l'œdème des membres inférieurs. Elle est admise à la Clinique et soumise au traitement spécial (eau-de-vie allemande, etc.).

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|
| 19 | | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 18 |
| 20 | | 0 gr. 25 | — | 18 |
| 21 | 2.000 gr. | 0 gr. 25 | — | 18 |
| 22 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 18 |
| 23 | 1.850 — | 0 gr. 20 | — | 17.5 |
| 24 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 17.5 |

Début du travail le 24 décembre, 6 heures soir.

Rupture précoce des membranes à petite paume.

Dilatation complète, 25 décembre, 11 heures du matin.

A 11 h. 15, expulsion d'un fœtus vivant de 3.450 grammes.

Délivrance 30 minutes après ; placenta de 610 grammes, sans altérations.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. |
|---|---|---|---|---|
| 25 | 1.250 gr. | sang | 3 lit. lait | 16 |
| 26 | 1.500 — | | — | 16.5 |
| 27 | 1.500 — | 0 | — | 14.5 |
| 28 | 1.000 — | 0 | — | 14 |
| 29 | 1.000 — | 0 | — | 13.5 |
| 30 | 1.250 — | 0 | — | 14 |
| 31 | 1.500 — | 0 | — | 14.5 |
| Janv. | | | | |
| 1er | | 0 | — | 14 |
| 2 | 750 — jetées en part. | 0 | — | 14 |

Départ. Etat général : bon.

OBSERVATION XXX (personnelle), nº 1812, décembre 1911.

Albuminurie traitée 6 jours.

Expulsion au cours du 7e mois d'un enfant mort non macéré.

P... Madeleine, III pare, 26 ans, ménagère.

*Accouchements antérieurs.*

I. Expulsion au 7e mois d'un fœtus mort et macéré. Cause ??

II. Accouchement à terme normal ; enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R., 10-16 mai.

La femme vient consulter pour la première fois le 19 décembre ; on constate de l'albumine dans ses urines ; auscultation

fœtale négative. Mais depuis deux mois déjà la femme souffre d'une céphalée intense frontale, de douleurs épigastriques ; elle accuse des troubles respiratoires (dyspnée d'effort), des troubles oculaires, enfin œdème des membres inférieurs persistant depuis deux mois. On note, en outre, de l'œdème palpébral. Elle est admise à la clinique et soumise au traitement habituel.

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|
| 20 | 300 gr. | 3 gr. | 3 lit. lait | 20 |
| 21 | 500 — | 3 gr. | — | 20 |
| 22 | 800 — | 1 gr. 50 | — | 19 |
| 23 | 1.250 — | 1 gr. 75 | — | 18 |
| 24 | 1.000 — | 1 gr, 50 | — | 19 |
| 25 | 700 — | 1 gr. 50 | — | 19 |

Début du travail le 26 décembre, 7 heures du matin.

Dilatation complète à 11 h. 5 ; rupture artificielle des membranes. TA = 20.

A 11 h. 20, expulsion d'un fœtus mort-né de 1.230 grammes. Délivrance spontanée immédiate ; placenta de 270 grammes.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 750 gr. | sang | 3 lit. lait | 19 | |
| 28 | 750 — | | — | 16 | |
| 29 | 1.375 — | | — | 16 | |
| 30 | 1.250 — | traces | — | 15 | |
| 31 | 1.000 — | 0 gr. 75 | — | 17 | |
| Janv. 1er | 800 — | traces | — | 15 | Purgation |
| 2 | 900 — | 0 | — | 15 | |
| 3 | 1.250 — | 0 | — | 15 | |
| 4 | 1.750 — | 0 | — | 15 | |

Observation XXXI (personnelle), nº 113, janvier 1912.

Albuminurie traitée 15 jours. Signes de tuberculose.
Accouchement prématuré au cours du 7e mois.
Délivrance artificielle.
B... Marie, III pare, 34 ans, ménagère.
*Grossesses antérieures.*
I. Accouchement à terme; enfant vivant.
II. Avortement au cours du 3e mois. Cause ?
Grossesse actuelle.
D. R., 18-24 juin.

La grossesse suivie à la Clinique Baudelocque évolue normalement jusqu'au 8 janvier où l'on constate la présence d'albumine dans les urines. La femme dit que depuis déjà un mois elle éprouve des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, une céphalée frontale intense, et une forte douleur épigastrique. La femme entre à la clinique et est soumise au traitement habituel.

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 1.200 gr. | 1 gr. 75 | 3 lit. lait | 14.5 | |
| 10 | 600 — | 1 gr. | — | 14.5 | |
| 11 | 1.850 — | 1 gr. | — | 13 | |
| 12 | 1.000 — | 1 gr. | — | 14 | |
| 13 | 1.200 — | 3 gr. | 3 lit. lait | 12.5 | |
| 14 | 2.500 — | | — | 12.5 | |
| 15 | 1.000 — | 2 gr. 25 | — | 12.5 | |
| 16 | 1.200 — | 0 gr. 90 | — | 13 | Céphalée intense, vertiges, purgation |
| 17 | 1.750 — | 1 gr. | — | 13 | |
| 18 | 1.750 — | 0 gr. 75 | — | 12 | |
| 19 | 1.000 — | 0 gr. 75 | — | 13.5 | |
| 20 | 1.100 — | 0 gr. 80 | — | 13.5 | |

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | T. A. |
|---|---|---|---|---|
| 21 | 700 gr. | 1 gr. | — | 12.5 |
| | | | 500 gr. $H^2_0$ | |
| 22 | 800 — | traces | — | 14 |
| 23 | 800 — | traces | — | 11 |

Début du travail, 11 h. 30 matin.

A 2 heures soir, expulsion d'un fœtus de 1.130 grammes qui meurt peu après.

Délivrance artificielle à 4 h. 15 soir ; placenta de 220 grammes présentant quelques foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 24 | | sang | 500 g. lait | | 12 |
| 25 | | 0 gr. 25 | 2 lit. lait | | 12 |
| 26 | | 0 gr. 75 | — | | 12 |
| 27 | 1.200 gr. | 1 gr. | 2 lit. lait<br>1 l. eau lact. | 108 | 11.5 |
| 28 | | 0 gr. 75 | — | 100 | 11 |
| 29 | 900 — | 0 gr. 75 | — | 100 | 11.5 |
| 30 | | 0 gr. 75 | — | 100 | 11.5 |
| 31 | 1.200 — | 0 gr. 75 | — | 88 | 11 |
| Fév. 1er | 1.200 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 11.5 |
| 2 | | | — | 96 | 11 |
| 3 | 1.750 — | | — | 96 | 11.5 |
| 4 | 1.850 — | 0 gr. 50 | — | 94 | 11.5 |
| 5 | | 0 gr. 75 | — | 92 | 12 |

L'examen des urines fait au laboratoire le 1er février démontre la présence nette d'albumine avec absence de pus et de leucocytes.

La femme présente des signes d'imprégnation tuberculeuse, avec râles humides au sommet droit.

Observation XXXII (personnelle), n° 138, janvier 1912.

Albuminurie traitée.

Accouchement prématuré au 8e mois.

D... Henriette, I pare. 19 ans, lingère.

Rougeole à 3 ans.

D. R. 16-20 mai.

Vers la fin de décembre, la femme constate que ses jambes sont enflées ; elle vient consulter à la Clinique le 28 décembre, où l'on constate, avec un œdème accentué, la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. La femme accuse en outre une douleur épigastrique assez intense. Elle est gardée à la Clinique et soumise immédiatement au traitement habituel.

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 1.000 gr. | 5 gr. | 1700 g $H^2O$ | 88 | 18 |
| 31 | 1.000 — | 2 gr. | — | 84 | 18 |
| Janv. | | | | | |
| 1er | | 1 gr. | — | 80 | 19 |
| 2 | 1.500 — | 1 gr. | — | 80 | 18 |
| 3 | 2.000 — | 1 gr. | 2 lit. lait<br>2 lit. tisane | 80 | 17 |
| 4 | 2.500 — | 1 gr. | — | 80 | 16.5 |
| 5 | 3.000 — | 1 gr. 50 | — | 76 | 18.5 |
| 6 | 3.500 — | 0 gr. 75 | — | 80 | 18 |
| 7 | 3.000 — | 0 gr. 25 | — | 72 | 17.5 |
| 8 | 3.000 — | 0 gr. 75 | 2 lit. lait<br>2 l. tisane | 72 | 17 |
| 9 | 3.200 — | 0 gr. 25 | — | 76 | 17 |
| 10 | 3.100 — | 0 gr. 50 | — | 76 | 16.5 |
| 11 | 3.200 — | 0 gr. 75 | — | 74 | 15 |
| 12 | 3.200 — | 0 gr. 20 | — | 74 | 15.5 |

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 3.200 gr. | traces | 2 lit. lait | 74 | 15.5 |
| 14 | 3.250 — | traces | 2 l. tisane | 80 | 15 |
| 15 | 3.200 — | traces | — | 80 | 15 |
| 16 | 3.200 — | traces | — | 80 | 15 |
| 17 | 3.100 — | traces | — | 76 | 14.5 |
| 18 | 3.250 — | 1 gr. 25 | — | 76 | 16 |
| 19 | 3.250 — | 1 gr. | — | 80 | 15.5 |
| 20 | 3.250 — | 1 gr. 50 | — | 74 | 15.5 |
| 21 | 3.500 — | 1 gr. | — | 74 | 15.5 |
| 22 | 3.500 — | 1 gr. 50 | — | | 16.5 |
| 23 | | | — | 78 | 15.5 |
| 24 | 3.300 — | 1 gr. 50 | — | 74 | 15.5 |
| 25 | 3.000 — | 1 gr. 25 | — | 76 | 17 |
| 26 | 2.500 — | 1 gr. 50 | 2 lit. lait<br>1 l. tisane | 76 | 16 |
| 27 | 2.500 — | 1 gr. 50 | — | 74 | 15.5 |
| 28 | 2.700 — | 2 gr. | — | 68 | 16 |

Début du travail le 28 janvier à 6 heures soir.

Dilatation complète à 11 h. 25 soir, rupture artificielle des membranes ; à 11 h. 35 expulsion d'un fœtus vivant de 1.560 grammes (enfant araignée).

Délivrance 10 minutes après ; placenta de 370 grammes présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 29 | | sang | 2 lit. lait | 84 | 15.5 |
| 30 | 1.500 gr. | sang | — | 80 | 15 |
| 31 | 1.500 — | sang | — | 84 | 15 |
| Fév. | | | | | |
| 1er | 2.500 — | — | —<br>1 l. tisane | 80 | 15.5 |

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 2.000 gr. | 0 gr. 25 | 2 lit. lait<br>1 l. tisane | 80 | 15 |
| 3 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 15 |
| 5 | | 0 | — | 84 | 15 |
| 6 | 750 — jetées en partie. | 0 | — | 80 | 15.5 |

Départ. Bon état général.

Observation XXXIII (personnelle), n° 294, mars 1912.

Albuminurie traitée.

Accouchement prématuré au cours du 9e mois.

D... Adèle. IV pare, 34 ans, infirmière.

Fièvre typhoïde à 15 ans.

Grossesses antérieures.

I. Accouchement normal à terme ; enfant qui meurt à 2 ans de broncho-pneumonie.

II. Grossesse gémellaire ; accouchement prématuré au cours du 8e mois ; présentation des deux fœtus par le siège ; le second du poids de 1.820 grammes meurt 4 jours après la naissance.

III. Accouchement normal au cours du 8e mois ; enfant vivant.

Grossesse actuelle.

D. R. 31 mai au 3 juin.

La femme vient consulter à Baudelocque pour la première fois le 12 décembre ; on constate la présence d'albumine dans les urines et on lui prescrit le régime lacté aboslu ; qu'elle ne suit d'ailleurs pas.

Apparition de céphalée frontale, d'épistaxis fréquentes (presque quotidiennes) d'œdème des membres inférieurs.

Le 31 janvier elle fait examiner ses urines où l'on constate 3 grammes d'albumine ; elle se met au lait et vient à la Clinique le 5 février où elle est admise pour albuminurie. Traitement.

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 1.500 gr. | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 64 | 22 |
| 8 | 1.050 — | 0 gr. 25 | 1 l. eau lact. | 68 | 16 |
| 9 | 1.250 — | 0 gr. 40 | 2 lit. lait | 60 | 17 |
| 10 | 1.250 — | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 60 | 16 |
| 11 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 60 | 17 |
| 12 | 750 — | 0 gr. 25 | — | 60 | 16 |
| 13 | 750 — | 0 gr. 20 | — | 60 | 16.5 |
| 14 | 2.500 — | traces | — | 64 | 18 |
| 15 | 750 — | traces | 2 lit. lait | 60 | 16.5 |
| 16 | 1.300 — | traces | 3 lit. lait | 64 | 15.5 |
| 17 | 1.100 — | traces | 2 lit. lait | 64 | 16.5 |
| 18 | 1.100 — | traces | — | 60 | 17 |
| 19 | 1.100 — | traces | 3 lit. lait | 64 | 18 |
| 20 | 1.200 — | traces | 2 lit. lait | 72 | 16.5 |
| 21 | 2.500 — | 0 gr. 15 | — | 68 | 16.5 |
| 22 | 1.200 — | traces | 2 lit. lait | 68 | 16.5 |
| 23 | 1.750 — | traces | 3 lit. lait | 64 | 15.5 |
| 25 | 1.000 — | 1 gr. 50 | — | 60 | 16 |
| 26 | 2.000 — | 1 gr. | — | 64 | 16 |
| 27 | 2.200 — | 0 gr. 25 | — | 72 | 16 |
| 28 | 1.250 — | 0 gr. 40 | — | 68 | 18 |
| 29 | 1.750 — | 0 gr. 40 | — | 72 | 18 |
| Mars | | | | | |
| 1er | 1.800 — | traces | — | 72 | 17 |
| 2 | 2.000 — | traces | — | 70 | 16.5 |
| 3 | 1.500 — | traces | — | 72 | 16.5 |

Début du travail à 11 heures du matin.

Dilatation complète à 4 h. 35 soir, et rupture artificielle des membranes.

A 5 heures soir expulsion d'un fœtus vivant de 3.100 grammes. Délivrance 30 minutes après ; placenta de 520 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens et récents.

SUITES DE COUCHES

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 500 gr. | sang | 3 lit. lait | 72 | 16 |
| 5 | 2.000 — | — | — | 62 | 15.5 |
| 6 | 2.000 — | traces | 3 lit. lait | 72 | 16 |
| 7 | 2.000 — | sang | — | 72 | 15.5 |
| 8 | 2.500 — | 0 apr. sondag. | — | 68 | 15 |
| 9 | 2.250 — | 0 | — | 72 | 15 |
| 10 | 2.000 — | 0 | — | 74 | 14 |
| 11 | 2.500 — | 0 | — potages | 74 | 14.5 |
| 12 | 2.500 — | 0 | — | 72 | 14.5 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXXIV (personnelle), n° 315, mars 1912.

Albuminurie traitée.

Accouchement à terme.

L... Marguerite, IV pare, 30 ans, couturière.

Grossesses antérieures.

I. Accouchement prématuré au 7e mois ; enfant mort après quelques inspirations.

II. Accouchement prématuré au 8e mois ; enfant mort à 2 ans de méningite.

III. Accouchement normal à terme ; enfant vivant.

Grossesse actuelle.

D. R. — 4-7 mai.

La femme vient à plusieurs reprises à la consultation ; la grossesse évolue normalement jusqu'au 25 janvier où l'on constate la présence d'albumine dans les urines. La femme est admise dans le service et soumise au traitement habituel.

Le 3 février apparition brusque de céphalée frontale, de troubles oculaires, d'œdème des membres inférieurs.

TA = 21,5

On pratique alors une saignée de 350 grammes.

Après la saignée :

TA = 15,5.

Administration d'un lavement purgatif ; les symptômes observés diminuent peu à peu.

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 500 gr. bouillon | 0 gr. 50 | 2 lit. lait 1 Evian | 96 | 20 | |
| 6 | 750 — | traces | — | 92 | 19.5 | |
| 7 | 750 — | 0 gr. 40 | 2 l. eau lact | 92 | 19 | Examen histologique (Voir fin). |
| 8 | 750 — | 0 gr. 50 | 1 lit. lait 1/2 eau lact. | 96 | 20 | |
| 9 | 500 — bouillon | 0 gr. 35 | — | 88 | 19.5 | |
| 10 | 1.000 — | 0 gr. 25 | 1 lit. lait 2 l. eau lact. | 92 | 18 | |
| 11 | 1.100 — | 0 gr. 25 | — | 88 | 20 | |
| 12 | 1.250 — | 0 gr. 25 | 1 lit. lait 1 l. eau lact. | 88 | 19.5 | |
| 13 | 1.200 — | 0 gr. 20 | 2 lit. lait | 92 | 19 | |
| 14 | 1.500 — | 0 gr. 20 | 3 lit. lait | 92 | 19 | Céphalée |
| 15 | 1.625 — | 0 gr. 20 | — | 88 | 19 | |
| 16 | 350 fonc. perd. en part. | 0 gr. 50 | 2 lit. lait | 88 | 18 | |
| 17 | 750 — | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 92 | 19 | |
| 18 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 94 | 18 | |
| 19 | 1.500 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 18.5 | |
| 20 | 1.250 — | 0 gr. 25 | — | 88 | 17 | |
| 21 | 1.050 — | 0 gr. 25 | — | 96 | 19 | |
| 22 | 1.600 — | 0 gr. 15 | — | 96 | 19 | |

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 1.750 gr. | 0 gr. 15 | 3 lit. lait | 90 | 19 | Céphalée légère |
| 24 | 1.000 — | traces | — | 88 | 18 | |
| 25 | 1.000 — | traces | — | 86 | 19 | Céphalée légère |
| 26 | 1.250 — | traces | — | 84 | 18 | |
| 27 | 1.800 — | 0 gr. 50 | — | 96 | 18.5 | |

La femme est agitée, elle présente de la dyspnée (R = 44), œdème des bases ; pose de ventouses scarifiées. Purgatif drastique.

| Fév. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 500 gr. | 2 gr. | 400 g. lait | 88 | 19.5 | |
| | bouillon | | 600 g. tisane | | | |
| 29 | 1.500 — | 0 gr. 75 | 3 lit. lait | 92 | 20 | Etat général bon |
| Mars | | | | | | |
| 1er | 2.000 — | 0 gr. 75 | — | 72 | 18 | Examen histologique |
| 2 | 2.000 — | traces | — | 80 | 19.5 | |
| 3 | 500 — | traces | 2 lit. lait | 88 | 20 | |
| 4 | 500 — | traces | 1 lit. lait | 80 | 21.5 | |
| 5 | 1.250 — | 0 gr. 40 | 2 lit. lait | 88 | 20.5 | |
| 6 | 2.000 — | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 96 | 19.5 | |

Rupture prématurée des membranes à 1 h. matin.

Début du travail à 5 h. soir.

Dilatation complète à 8 h. 25 soir et expulsion à 8 h. 30, d'un fœtus vivant de 2.180 grammes.

Délivrance une demi-heure après ; placenta de 400 grammes, présentant des foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2.500 gr. | sang | 4 lit. lait | 88 | 15.5 |
| 8 | 2.000 — | — | 3 lit. lait | 72 | 15.5 |

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 1.750 gr. | sang | 3 lit. lait potages | 80 | 15.5 | |
| 11 | 1.000 — | 0 ap. sond. | — | 76 | 17 ? | A la suite d'un effort |
| 12 | 1.750 — | 0 | — | 80 | 15.5 | |

Départ. Etat général : bon.

*Résultats de l'examen microscopique* (M. Lelièvre).

1° *Urine du 7 février.*

Présence très nette d'albumine qui semble être de l'albumine pathologique. Absence de pus. Le dépôt renferme de nombreuses cellules, probablement quelques-unes du rein. Chlorures en très faible quantité. Coloration foncée due à de l'*urobiline ;* pas de sang.

2° *Examen du 29 février.*

Réaction acide de l'urine ; précipité formé de pseudoalbumine et d'albumine vraie (sérine et globuline) en proportions équivalentes. Absence de pus ; seulement des cellules séparées ou en volumineux amas de l'épithélium uréthral et vaginal ; pas de cellules épithéliales du rein.

Observation XXXV (personnelle), n° 327, mars 1912.

Albuminurie récidivante, non traitée (ancienne éclamptique). Accouchement prématuré au 9e mois.

N... Louise, V pare, 33 ans, couturière.

Grossesses antérieures.

I. Expulsion à la fin du 8e mois d'un fœtus mort au cours d'accès éclamptiques survenus au début du travail.

II. Expulsion au 9e mois d'un fœtus mort au cours d'accès éclamptiques au début du travail.

III. Accouchement normal à terme, enfant vivant.

IV. Expulsion à la fin du 8e mois d'un fœtus mort au cours d'accès éclamptiques survenus au début du travail.

V. Accouchement normal à terme; enfant vivant.

Grossesse actuelle.

D. R. 6-10 juin.

Vers le 4e mois de la gestation, la femme constate que ses jambes sont enflées, elle éprouve des céphalées frontales intenses. Elle va alors consulter à l'hôpital Saint-Antoine où l'on constate la présence d'albumine dans ses urines ; on lui prescrit le régime lacté absolu qu'elle ne suit que pendant un mois.

Elle vient consulter à la Clinique le 6 mars.

Sommet en D. P. ; enfant vivant. Les urines renferment de l'albumine ; la femme est admise à la Clinique et soumise au traitement.

TA = 19 Bruit de galop.

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 88 | 19 |
| 8 | 2.500 gr. | 0 gr. 50 | — | 88 | 18.5 |
| 9 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 92 | 19 |

10 Début du travail à 3 heures du matin.

Dilatation complète à 4 h. 30 ; rupture artificielle des membranes. TA = 18,5.

A 5 h. matin expulsion d'un fœtus vivant de 3.120 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 520 grammes, sans altérations.

P = 92. TA = 16,5.

SUITES DE COUCHES

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | | sang | 2 lit. lait | 84 | 17.5 |
| 12 | 1.750 gr. | — | — | 72 | 17 |
| 13 | 3.000 — | — | — | 78 | 17 |

| Mars | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 2.250 gr. | sang | 2 lit. lait | 72 | 15.5 |
| 15 | 2.000 — | — | — | 72 | 15.5 |
| 16 | 3.500 — | traces sang | — | 72 | 15 |
| 17 | 2.000 — | 0 | rég. com. | 74 | 15.5 |
| 18 | 1.500 — | 0 | — | 68 | 15 |
| 19 | 2.000 — | 0 | — | 64 | 15 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXXVI (personnelle), n° 344, mars 1912.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 8e mois.

Insertion basse du placenta.

B... Ernestine, I pare, 28 ans, ménagère.

Crise de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans, ayant duré 3 mois. Nouvelle crise à 24 ans, ayant débuté par les malléoles et ayant gagné ensuite toutes les autres articulations. Pas de lésion cardiaque.

D. R. 16-21 juillet.

La femme vient consulter à Baudelocque en janvier et février ; grossesse normale.

*Le* 13 *mars*, on constate de l'œdème des membres inférieurs, bouffissure de la face, troubles oculaires (brouillards, mouches volantes).

L'examen des urines dénote une grande quantité d'albumine. La femme est admise d'emblée et soumise au traitement (purgatif drastique, diète hydrique).

14 *mars*. Diminution de l'œdème et des troubles visuels. A 8 heures du matin début du travail.

Albumine 9 grammes. TA = 21.

Urines, 500 grammes, couleur brun foncé.

A 1 h. 55 soir, dilatation complète et rupture spontanée des membranes.

A 2 h. 15, expulsion d'un fœtus débile de 1.400 grammes, qui présente un enfoncement du pariétal droit ; les paupières sont animées de mouvements fibrillaires ; le bras droit est pendant, inerte, on parvient facilement à redresser le pariétal par contre-pression sur le pourtour du pariétal. Cessation presque immédiate des tremblements fibrillaires et le bras paralysé reprend ses mouvements.

Délivrance une demi-heure après ; placenta de 250 grammes, présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents. TA = 20.

SUITES DE COUCHES

| Mars | Urines | Albumine | Régime | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | | sang | 3 lit. lait | 19 | |
| 16 | 1.000 gr. | — | — | 18 | |
| 17 | 1.250 — | | — | 18 | Céphalée |
| 18 | 1.500 — | 5 gr. | — | 18 | |
| 19 | 2.000 — | 2 gr. | — | 19 | |
| 20 | 1.250 — | 1 gr. | — | 16 | |
| 21 | 1.250 — | 0 gr. 50 | — | 16.5 | |
| 22 | 1.750 — | 0 gr. 50 | — | 17 | |
| 23 | 1.500 — | traces | — | 16 | |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXXVII (personnelle), n° 425, mars 1912.

Albuminurie traitée. Apparition de pus dans l'urine à la fin de la gestation. Accouchement à terme.

Application de forceps pour souffrance fœtale.

R... Germaine, I pare, 21 ans, passementière.

D. R. 4-7 juin.

La gestation suivie à Baudelocque, évolue normalement jusqu'au 12 mars, où l'on constate la présence d'albumine dans les urines. La femme entre à la Clinique, et est soumise au traitement habituel. Elle n'aurait jamais eu d'œdème ni d'autres troubles.

| Mars | Urines | Albumine | Régime | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 2.000 gr. | 0 gr. 75 | 3 lit. lait | 17 | |
| 16 | 2.500 — | 0 gr. 50 | — | 17 | |
| 17 | 1.500 — | 0 gr. 50 | — | 16.5 | |
| 18 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 17 | |
| 19 | 1.500 — | 0 gr. 50 | — | 16.5 | |
| 20 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 16.5 | |
| 21 | 2.000 — | 0 gr. 50 | — | 17 | |
| 22 | 1.500 — | 0 gr. 25 | — | 16 | |
| 23 | 2.000 — | 0 gr. 25 | — | 16 | |
| 24 | 1.000 — | 0 gr. 25 | — | 16.5 | |
| 25 | 1.250 — | 1 gr. | — | 17 | |
| 26 | 1.500 — | 1 gr. | — | 16.5 | |
| 27 | 1.500 — | 0 gr. 40 | — | 15 | |
| 28 | 1.750 — | 0 gr. 15 | — | 16.5 | Examen des urines. Albumine. Présence de pus et de leucocytes |
| 29 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 16 | |
| 30 | 1.750 — | 0 gr. 25 | — | 16.5 | |

Début du travail à 4 heures du soir.

Rupture précoce des membranes à 10 heures soir à 2 fr.

Dilatation complète 31 mars à 4 heures matin.

A 7 heures matin, application des forceps en O P, pour modification des bruits du cœur fœtal, et extraction d'un fœtus vivant de 3.200 grammes.

Délivrance immédiate, extraction d'un placenta de 480 grammes présentant des foyers hémorragiques anciens. L'intérieur reste mou ; la femme perd du sang en assez grande quantité. P = 130-140.

On réintroduit la main dans la cavité utérine et on en retire une certaine quantité de caillots ; injection intra-utérine à 50°.

SUITES DE COUCHES

| | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| Mars 31 | | sang | 3 lit. lait | 110 | 16 |
| Avril 1er | 1.500 gr. | sang | — | | 14 |
| 2 | 2.000 — | 0 | — | 92 | 13 |
| 3 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 13 |
| 4 | 2.000 — | 0 | — | 88 | |
| 5 | 2.000 — | 0 | — | 76 | 12 |
| 6 | 2.500 — | 0 | — | 80 | 14 |
| | | | potages | | |
| 7 | | 0 | — | 80 | 14 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXXVIII (personnelle), n° 453, avril 1912.

Albuminurie soignée 6 jours.

Accouchement prématuré au 8e mois.

C... Jeanne. I pare, 21 ans, domestique.

D. R. du 26 juillet au 1er août.

La femme ne consulte pas jusqu'au 23 mars, époque à laquelle elle constate que ses jambes sont enflées. Elle va consulter à l'asile de l'avenue du Maine où l'on constate de l'albumine dans ses urines, elle y est gardée et soumise au régime lacté

Elle entre à la Clinique le 1er avril.

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1er | 500 gr. foncées | 1 gr. | 2 lit. lait | 76 | 18 |
| 2 | 450 — | 1 gr. | — | 72 | 18 |
| 3 | 1.000 — | 1 gr. | — | 68 | 18.5 |
| 4 | | 1 gr. | 3 lit. lait | 64 | 18.5 |
| 5 | 1.250 — | 1 gr. | 2 lit. lait 300 g. eau lact | 60 | 20 |

6 Début du travail à 1 heure du matin.

A la dilatation de 1 fr. TA = 18,5.

Rupture précoce des membranes à petite paume.

Dilatation complète à 1 heure soir. TA = 19

A 2 heures soir, expulsion d'un fœtus vivant de 2.660 grammes Délivrance 30 minutes après. Après la délivrance TA = 18

Placenta de 430 grammes avec un foyer hémorragique ancien, et hémorragie sous-choriale.

SUITES DE COUCHES

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 1.000 gr. | sang | 2 lit. lait | 88 | 15.5 |
| 8 | | sang | — | 84 | 13.5 |
| 9 | 500 — | — | — | 84 | 14.5 |
| 10 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 14.5 |
| 11 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14.5 |
| 12 | 1.250 — | 0 | — | 88 | 14 |
| 13 | 1.750 — | 0 | — | 84 | 14 |
| 14 | 1.500 — | 0 | — potages | 88 | 14 |
| 15 | 1.250 — | 0 | — | 84 | 14 |
| 16 | 1.500 — | 0 | — légumes | 84 | 13.5 |
| 17 | 1.800 — | 0 | — | 88 | 13.5 |
| 18 | 1.250 — | 0 | rég. com. | 88 | 12.5 |

Départ. Etat général : bon.

Observation XXXIX (personnelle), n° 544, avril 1912.

Albuminurie irrégulièrement traitée.

Accouchement à terme.

Z... Elise. III pare, 27 ans, employée de commerce.

Gestations antérieures.

I. Accouchement à terme, enfant de 5.300 grammes, vivant ; pas d'albumine.

II. Avortement au cours du 2e mois : Cause ?

Grossesse actuelle.

D. R. 1-2 juillet.

Opérée au début de la grossesse, colpopérinéoraphie et hystéropexie.

Vers la fin du mois d'août, on constate en ville la présence d'albumine dans ses urines ; on prescrit à la femme le régime lacté absolu. Elle se remet à manger au début d'octobre et fait peu après un accès convulsif probablement éclamptique. La femme est transportée à la Maternité ; apparition de vomissements graves ; diète hydrique, puis régime lacté. On constate en outre de l'albumine qui disparaît peu à peu. Alors apparition de pus dans l'urine, avec douleur sourde dans la région lombaire droite.

Lait ; théobromine.

La femme quitte la Maternité le 10 décembre, et suit alors irrégulièrement le régime lacté.

19 *mars*. Elle vient consulter à Baudelocque

Les urines renferment de l'albumine : on conseille à la femme de suivre le régime lacté, mais elle le fait très irrégulièrement.

Les 26 mars et 2 avril, elle revient à la consultation : albumine dans les urines.

Le 18 *avril* elle rentre à la Clinique pour albuminurie.

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 750 gr. | 0 gr. 50 | 1 lit. lait | 86 | 18.5 |
| 20 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 68 | 18 |
| 21 | 500 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 16.5 |
| 22 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 76 | 16.5 |
| 23 | 1.000 — | 0 gr. 75 | — 1 Dirza | 72 | 17 |
| 24 | 750 — | 0 gr. 50 | — | 80 | 16 |

Début du travail à 7 heures du soir.

Dilatation complète à 9 heures, rupture spontanée des membranes.

A 10 h. 30 du soir, expulsion d'un fœtus vivant de 2.670 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 500 grammes, sans lésions.

SUITES DE COUCHES

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 1.250 gr. | sang | 1 lit. lait | 88 | 15 |
| | | — | 500 g. $H^2O$ | | |
| 26 | | | 1 lit. lait | 96 | 14.5 |
| 27 | 300 — foncées | — | 1 lit. lait 1 l. tisane | 96 | 14.5 |
| 28 | 250 — perd. en part. | traces | 1 lit. lait 2 l. eau lact | 100 | 14 |
| 29 | 900 — | traces | 1 lit. lait 1 eau lact | 96 | 15 |
| 30 | 600 — recueillies | traces | — | 96 | 14.5 |
| Mai 1er | 1.000 — | traces | — potages | 88 | 15 |
| 2 | 1.000 — foncées | traces | — | 92 | 14.5 |
| 3 | 1.000 — | 0 | 2 lit. lait | 88 | 15 |

L'examen des urines fait au laboratoire (par M. Lelièvre) démontre la présence nette d'albumine et de cellules épithéliales. Pus, présence des plus douteuses.

Départ. Etat général : bon.

Observation XL (personnelle), nº 631, mai 1912.

Albuminurie traitée.

Expulsion au cours du 8e mois d'un fœtus mort et macéré. *Albuminurie par suppuration pendant les suites de couches.*

D... Germaine, I pare, 18 ans, corsetière.

Chorée à 12 ans au moment de l'établissement de la menstruation ; cessation vers 13 ans.

D. R. 15-20 septembre.

Vers le 3e mois de la gestation (janvier), accidents choréïques jusqu'à la fin du 4e mois.

La femme vient consulter pour la première fois le 27 avril. Sommet en G A; enfant vivant.

Albumine dans les urines, pâleur de la face. Elle est admise à la Clinique, traitement habituel (purgation, lavements, flanelle).

| Avril | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (Pachon) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 1.250 gr. | 5 5r. | 2 l. $H^2O$ | 80 | 19 | |
| 29 | 1.000 — | 3 gr. | 2 l. eau lact. | 80 | 17.5 | |
| 30 | 2.000 — | 1 gr. 50 | 3 lit. lait. 1 l. eau lact. | 80 | 19 | |
| Mai | | | | | | |
| 1 | 2.500 — | 2 gr. | — | 80 | 19 | |
| 2 | 2.000 — | 1 gr. 50 | 3 lit. lait | 76 | 16.5 | Lavement purgatif |
| 3 | 850 — recueillies | 2 gr. 50 | — | 72 | 18 | |

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 1.000 gr. | 2 gr. | 3 lit. lait | 76 | 17 | |
| 5 | 1.500 — | 2 gr. | 2 lit. lait | 72 | 18 | Somnolence continuelle |
| 6 | 2.000 — | 1 gr. | — | 68 | 16 | |
| | | | 2 l. eau lact. | | | |
| 7 | 3.000 — | 0 gr. 75 | — | 72 | 15.5 | |
| 8 | 1.750 — | 1 gr. | — | 68 | 16.5 | |
| 9 | 1.800 — | 1 gr. 50 | — | 68 | 16.5 | Bourdonnements d'oreilles |
| 10 | 1.950 — | 1 gr. 50 | — | 68 | 16 | |
| 11 | 2.150 — | 1 gr. 50 | — | 72 | 16 | |
| 12 | 2.000 — | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 76 | 16 | Auscultation fœtale négative |
| | | | 1 l. eau lact. | | | |
| 13 | 1.000 — | 1 gr. | — | 64 | 16.5 | |

14 Début du travail à 6 h. 30 matin.

TA = 16,5. P = 80.

Dilatation complète à 8 h. 40 soir ; rupture artificielle des membranes ; liquide chocolaté.

A 8 h. 55 expulsion d'un fœtus mort et macéré de 1.480 grammes. Délivrance 30 minutes après; placenta de 280 grammes, présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens.

SUITES DE COUCHES

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | | sang | 1 lit. lait | 84 | 14.5 | |
| 16 | 250 — | 3 gr. 50 | 2 lit. lait | 80 | 15 | |
| | rouges | ap. sond. | | | | |
| 17 | 1.000 — | 2 gr. | — | 80 | 14 | |
| 18 | 1.500 — | 2 gr. | 2 lit. lait | 80 | 14.5 | |
| | | | 1 l. eau lact. | | | |
| 19 | 2.000 — | 1 gr. 50 | — | 80 | 14.5 | |
| 20 | 2.500 — | 2 gr. 50 | — | 84 | 15 | Céphalée. Constipation, lav. purgatif |

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 1.500 gr. | 1 gr. 75 | 3 lit. lait | 80 | 15 |
| 22 | 2.000 — | 1 gr. 75 | — | 80 | 14.5 |
| 23 | 2.200 — | 1 gr. | — | 88 | 14 |
| 24 | 2.000 — | 1 gr. | 2 lit. lait potages | 84 | 14 |

L'examen du dépôt urinaire à plusieurs reprises permet de constater le 21 *mai* la présence de *nombreux polynucléaires*.

Départ. Etat général : bon.

## CHAPITRE V

# Valeur pronostique de l'hypertension artérielle dans l'albuminurie gravidique.

L'étude des observations que nous venons de présenter montre clairement l'importance de l'hypertension artérielle qui n'est, somme toute, qu'un *symptôme* de l'albuminurie gravidique, au même titre que l'œdème, les troubles de l'ouïe, de la vue, etc. Mais c'est un symptôme capital qui, mieux que l'albuminurie elle-même, mieux que la diurèse, permet de suivre pas à pas l'évolution de ce syndrome pathologique et d'en prévoir les complications redoutables, parfois mortelles. Nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un chiffre de tension particulièrement susceptible de faire pressentir les accidents graves, et en analysant nos observations, il en est un qui nous a surtout frappé. Il nous a semblé, en effet, qu'au-dessus d'une tension permanente de 18 centimètres de Hg, l'albuminurie atteignait, dans la généralité des cas, un taux assez élevé (2 grammes et plus). Au-dessous de ce chiffre, la quantité d'albumine nous a paru le plus souvent minime. Ce chiffre 18 serait donc intéressant à noter ; il serait en quelque sorte un *coefficient limite*, traduisant à la fois la tension minima des albuminuries assez considérables pour donner lieu de craindre l'apparition de

symptômes graves, et, d'autre part, la tension maxima des albuminuries légères avec lesquelles les accidents sont moins à redouter.

Parfois en l'absence de toute trace d'albumine l'hypertension seule existe, et c'est elle seule qui fait prévoir et permet de prévenir des accidents toujours néfastes à la mère et à l'enfant comme peuvent l'être les *crises éclamptiques* et les *hémorragies intra et rétro-placentaires*.

Autrefois l'albuminurie était considérée comme le seul signe important précurseur des accès éclamptiques. On sait aujourd'hui que cette relation de cause à effet n'existe pas forcément ; et de même que toutes les albuminuries ne conduisent pas à l'éclampsie, de même « des femmes peuvent entrer soudainement en crise éclamptique sans avoir présenté jusque-là d'albumine dans les urines » (Vaquez). Mais c'est là l'exception, dit M. le professeur Pinard ; et bien qu'il ait signalé en 1893 (1) trois cas suivis par lui de femmes qui firent des accidents convulsifs sans que l'analyse méthodique de leurs urines eût jamais révélé auparavant la moindre trace d'albumine, il considère « que ces observations ne comportent pas le critérium scientifique suffisant pour qu'on puisse en faire état. »

Trois observations rapportées par M. Bouffe de St-Blaise (2) au Congrès de 1900 justifient cependant cette manière de voir, et une entre autres recueillie dans le service de M. Pinard est particulièrement éloquente. (*Obs.* 295. Février 1898.) Il s'agit d'une I pare de 17 ans qui entre au dortoir de la Clinique Baudelocque le 1er février, y séjourne jus-

(1) M. Pinard. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1893.
(2) Bouffe de Saint-Blaise. *Congrès de Paris*, 4 août 1900.

qu'au 20 sans avoir présenté la moindre trace d'albumine dans ses urines examinées systématiquement tous les jours (par M. Paquy). La femme accouche normalement le 21 février, et deux heures et demie après, brusquement, sans prodromes, elle fait une première crise éclamptique. Malgré le traitement rationnel aussitôt employé, elle fait dans les 36 heures suivantes 10 accès consécutifs, et le 24 février, c'est-à-dire 3 jours après le début des accidents, elle meurt dans le coma. Or, les urines de cette malade ne contenaient pas d'albumine avant l'apparition des crises convulsives; ce n'est qu'après les 3 premières qu'on en constata une très petite quantité (0,50 centigr.); il en existait encore des traces le 22 février et plus du tout le 23, veille de la mort. M. le professeur Bar, au même Congrès, dit que sur 70 cas d'éclampsie réunis par lui, 7 fois il a vu l'albumine « apparaître très peu de temps avant le 1er accès, ou postérieurement à lui ».

Mais alors qu'est-ce qui permettra dans des cas de ce genre de prévoir les accès convulsifs, sinon la mesure de la tension artérielle ? M. Vaquez (1) tranchant la question, dit : « Toute femme qui au cours de la grossesse, ou après l'accouchement, présente de l'hypertension artérielle, est menacée d'éclampsie, que les urines soient albumineuses ou non. » Tout récemment encore, à la Société d'Obstétrique (2) notre maître, M. le professeur Pinard, s'appuyant sur sa longue expérience et sur les faits constatés par lui, affirmait que : « *parmi les femmes enceintes présentant des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, certaines*

(1) Vaquez. *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1906, *loco citato.*
(2) Pinard. Communication à la *Société d'obstétrique*, 10 juin 1912.

*n'ont pas encore d'albumine, mais elles ont déjà de l'hypertension* ».

C'est donc « *le sphygmomanomètre à la main* » qu'on devra suivre *constamment* les albuminuriques gravidiques ; et c'est lui seul qui permettra de saisir l'hypertension qui devient le *signe prémonitoire* des accès dits éclamptiques et de l'hémorragie intra ou rétro-placentaire que nous allons maintenant étudier.

## CHAPITRE VI

### I. — Accès convulsifs dits éclamptiques. Fréquence. — Principaux signes.

Les nombreuses statistiques publiées sur la fréquence des accès éclamptiques sont loin de concorder, et ce fait tient sans doute à la manière dont elles ont été relevées.

Alors que Blot, Mayer, Braun, admettent qu'il y a 1 éclamptique sur 5 albuminuriques environ, Stolz 1 sur 7, Litzmann arrive à la proportion beaucoup plus considérable de 1 pour 2,6.

Velpeau donnait la proportion de 1 cas sur 358 accouchements, alors que celle indiquée par Cazeaux n'est que de 1 /485. D'après les statistiques françaises, la proportion des éclamptiques par rapport au nombre total d'accouchements est de 1 /368. En réunissant enfin les statistiques de France et de l'étranger, on arrive à la proportion de 1 /261. Il est à remarquer toutefois que cette fréquence diminue de plus en plus avec l'application méthodique du traitement préventif des accès éclamptiques.

Ces accès, qui présentent une analogie frappante, aux points de vue clinique, anatomo-pathologique et pathogénique, avec la *fièvre vitulaire nerveuse des femelles bovines* (1),

(1) Delmer. Analogie de la fièvre vitulaire nerveuse avec l'éclampsie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1904.

peuvent éclater à tous les stades de la puerpéralité. Tarnier prétendait qu'ils étaient surtout fréquents au cours de la gestation ; les auteurs modernes pensent qu'ils se montrent dans les 3/4 des cas vers la fin de la gestation, dans 1/4 seulement pendant le travail et les suites de couches. Bouffe de St-Blaise (1) signale 2 cas de crises éclamptiques survenues après l'accouchement dont l'un au 3e jour. M. Vaquez (2) rapporte un cas fort intéressant d'accès convulsifs survenus 1 mois après l'accouchement.

Notre but n'est pas de retracer ici un tableau complet de tous les signes précédant ou accompagnant les crises convulsives dites éclamptiques : la plupart sont d'ailleurs ceux que nous avons rappelés dans l'étude de l'albuminurie gravidique portés à leur maximum. Nous ne ferons que signaler les symptômes avant-coureurs des accès convulsifs sur lesquels M. le professeur Pinard insiste toujours dans son enseignement, en raison soit de l'intensité, soit de la fréquence avec lesquelles il les a toujours rencontrés. L'un des premiers et des plus caractéristiques c'est la *céphalalgie frontale*, intense, parfois pulsatile, persistante, entraînant souvent l'insomnie. Son apparition chez une femme enceinte albuminurique touchant au terme de la gestation doit faire songer à l'imminence d'accès éclamptiques.

En dehors de l'albuminurie, de l'œdème péri-malléolaire ou palpébral, de la douleur de Chaussier, sur lesquels nous avons insisté plus haut, il existe souvent chez les pré-éclamptiques des *troubles respiratoires* qui acquièrent une certaine valeur pronostique. « Quand la respiration reste

(1) Bouffe de Saint-Blaise. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, 13 juin 1904.
(2) Vaquez. *Bulletin de la Société d obstétrique*, 15 février 1906.

normale, dit M. Pinard (1), on peut jusqu'à un certain point porter un pronostic favorable ; mais *l'accélération notable des mouvements respiratoires allant jusqu'à la dyspnée commande la plus grande méfiance, car elle est l'indice d'une profonde intoxication de l'organisme.* » Les troubles de la vue sont dans certains cas portés à leur maximum ; ils consistent en brouillards, photophobie, diplopie, hémianopsie, amblyopie, allant parfois jusqu'à l'amaurose ; ces accidents ne résultent pas d'une lésion organique, ce ne sont que des troubles transitoires à apparition soudaine et dus à l'hypertension intra-oculaire.

L'hypertension artérielle est enfin un phénomène constant. « Elle se manifeste comme un symptôme essentiel de l'éclampsie, dit M. Vaquez, et n'est nullement, comme on l'a prétendu, simple fonction des accès convulsifs. » (2)

L'intensité de tous ces symptômes est en rapport avec le degré d'intoxication de l'organisme, « et lorsqu'ils ont atteint leur maximum, dit M. Pinard, il se montre un accident qui indique que le système nerveux est profondément touché ; c'est l'accès convulsif. » (3) Sans entreprendre la description de l'accès éclamptique qui est faite dans tous les traités ou manuels, nous indiquerons seulement les remarques que nous avons faites chez les éclamptiques qu'il nous a été donné de suivre. Nous étudierons rapidement la marche de la tension, de l'albuminurie et de la diurèse avant, pendant, et après les crises ; étude qui a d'ailleurs

(1) Pinard. Leçons magistrales faites à la Clinique Baudelocque. *Leçon du* 29 avril 1912.

(2) Vaquez. *Société d obstétrique*, 1906, *loco citato.*

(3) M. Pinard. *Leçons cliniques*, *loco citato.*

donné lieu aux très intéressants travaux de MM. Vaquez et Nobécourt et Chirié.

TENSION, DIURÈSE, ALBUMINURIE AVANT L'ACCÈS ÉCLAMPTIQUE.

« L'hypertension artérielle, dit M. Vaquez (1), accompagne constamment et nécessairement l'éclampsie; elle marche avec elle comme l'ombre avec le corps : précédant les accès convulsifs, elle permet de prévoir leur imminence en dehors des autres symptômes prodromiques qui peuvent manquer ou passer inaperçus. »

A l'exception de deux cas dans lesquels il avait noté une pression normale, Chirié a toujours constaté que l'hypertension précédait les accès convulsifs. Les quelques observations que nous rapportons ici ne font qu'enrichir cette assertion de preuves nouvelles. On voit, d'après celles des femmes qui ont pu être suivies avant leurs crises, que l'hypertension est un phénomène constant avant l'apparition de l'accès. Non seulement il le précède immédiatement (Chirié), mais on peut le constater plus ou moins longtemps avant les accidents. Nous avons vu la pression sanguine atteindre 21 à 25; Chirié cite les chiffres de 18 à 24, et M. Vaquez a vu apparaître des accès convulsifs avec une tension de 18 à 19.

En même temps que l'hypertension, un fait intéressant à noter est la diminution de la diurèse, signe sur lequel insistait déjà Cazeaux (2). « Un fait fort remarquable, et qui

(1) VAQUEZ. Eclampsie puerpérale et tension artérielle. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

(2) CAZEAUX. *Traité d'accouchements*, *loco citato*.

me paraît une preuve de la nature urémique de l'éclampsie, c'est la suspension plus ou moins prolongée de la sécrétion urinaire. »

Nous n'avons jamais rencontré l'anurie signalée par les auteurs, mais nous avons toujours constaté une diminution très marquée de la quantité d'urines qui tombent à 700 - 500 grammes et au-dessous, et sont foncées, épaisses, accrues en densité. Leur teneur en albumine est extrêmement variable ; et si dans la plupart des cas on constate une réascension du taux de l'albumine atteignant 10 - 12 - 15 grammes, certaines femmes font des crises convulsives avec des quantités beaucoup moindres, voire même avec des traces. Une albuminurie faible avec oligurie, urines épaisses, foncées, à densité élevée, est d'un mauvais pronostic.

Nous rapportons même l'observation d'une femme (N° 1.811) qui avait présenté pendant la gestation une albuminurie ne dépassant pas 0,25 centigrammes. Celle-ci disparut totalement pendant 20 jours, et le 20e jour, elle faisait subitement pendant le travail des accidents convulsifs.

Ces faits démontrent que ce ne sont donc pas toujours les œdèmes, la céphalalgie, même l'albuminurie, qui indiquent le degré de l'intoxication gravidique. C'est à l'hypertension surtout que revient cette tâche délicate, et c'est souvent elle seule qui permet de prévoir, par conséquent de prévenir les accidents dans la mesure du possible.

Evolution de la tension artérielle au cours des accès éclamptiques.

L'hypertension persiste pendant toute la durée de l'accès : « Elle s'abaisse légèrement entre les crises, dit Queirel,

et ne revient pas à la normale tant que la disparition des symptômes alarmants n'est pas définitive (1) ».

« Si l'état persiste, dit Chirié (2), la pression se maintient aux environs d'une constante toujours élevée ; au contraire, si la guérison tend à se produire, on voit la pression baisser petit à petit, et tous les phénomènes inquiétants disparaître. »

Nos constatations personnelles nous permettent de conclure avec M. Vaquez (3) :

« Dans les cas graves, la tension artérielle atteint d'emblée un chiffre élevé ; elle s'abaisse à peine entre les crises et se maintient presque en plateau. Dans ces cas, on n'observe jamais l'abaissement progressif et continu qu'on observe dans les cas curables. » C'est dans ces cas où la pression sanguine reste élevée, que l'on voit survenir plus ou moins longtemps après l'accouchement de nouveaux accès convulsifs du délire ou une psychose, comme il nous a été donné d'en observer un cas, 4 jours après l'accouchement (*Obs.* 1.334). « Il ne s'agit encore là, dit M. le professeur Pinard, que d'une manifestation de l'auto-intoxication gravidique et la guérison ne survient que lorsque l'espèce recommence à s'emparer de l'individu. » (4)

Dans les cas à évolution favorable la tension retombe rapidement à 18-17, quelquefois tout près de la normale, « elle peut remonter encore, dit M. Vaquez, mais transitoirement avec quelquefois de nouvelles crises », et c'est lors-

(1) Queirel et Reynaud. *Congrès de* 1900, *loco citato.*
(2) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*
(3) Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.
(4) M. Pinard. Leçons de clinique obst. faites à la Clinique Baudelocque.

qu'elle revient définitivement à 16-15, « mais à ce moment seulement, qu'on peut être sûr que l'éclampsie est conjurée ».

C'est dans ces cas favorables que l'on voit se produire du 3e au 5e jour une véritable débâcle urinaire coïncidant avec la chute de la tension. La disparition de l'albumine est d'autant plus rapide que celle-ci était plus abondante avant les accès.

Quant au pouls, il est surtout fréquent pendant et après les accès convulsifs (110 - 120 - 130), «ce n'est guère que 12 heures après la crise qu'il tend à reprendre sa fréquence normale » (1).

### Tension après la saignée.

Après la saignée, on note un abaissement plus ou moins considérable de la pression artérielle. Chez la plupart des éclamptiques que nous avons suivies, nous avons observé des chutes de tension de 3 - 4 et 5 centim. de Hg, avec des saignées non pas de 1.200 à 1.800 grammes comme le préconisent Porak, Macé, Chirié, mais seulement de 5 à 700 grammes. Il est vrai qu'à l'effet de la saignée s'ajoute l'action hypotensive du chloroforme et du chloral qu'on emploie systématiquement à la Clinique Baudelocque ; et si l'abaissement obtenu n'est pas aussi définitif que l'indique Chirié après une saignée massive, il semble néanmoins, d'après les résultats notés, qu'il n'est pas absolument nécessaire de recourir à des émissions sanguines considérables pour soustraire à l'organisme l'excès de produits toxiques, cause des accidents.

(1) Blain. *Thèse de Paris, loco citato.*

Valeur diagnostique de l'hypertension.

L'hypertension offre enfin une valeur diagnostique importante au cours des accès éclamptiques.

Sa constatation permet d'éliminer l'épilepsie qui ne s'accompagne d'hypertension passagère que pendant l'aura et la période convulsive, comme le démontre Féré (1).

L'hypertension n'existe pas avant les crises d'hystérie, ni dans l'alcoolisme aigu.

Enfin, elle permet d'éviter la confusion avec certaines tumeurs cérébrales, et M. Pinard rapporte un cas fort intéressant où les caractères seuls du pouls lui firent éliminer le diagnostic d'éclampsie chez une femme enceinte qui mourut, et à l'autopsie de laquelle il constata un « gliome de la selle turcique ».

## II. — Hémorragies intra et rétro-placentaires.

En dehors des accès convulsifs dits éclamptiques, les femmes enceintes albuminuriques *hypertendues* sont exposées à une autre complication grave qui est l'hémorragie. A un premier stade, cette hémorragie se fait dans le tissu placentaire ; elle reste intra-placentaire. Le placenta présente alors des caractères qui ont été bien mis en relief par M. le professeur Pinard.

Parfois le tissu placentaire est déprimé en une sorte de « *cupule* » renfermant des caillots de coloration rouge foncé qui rappellent par leur aspect la « gelée de groseilles ». Il

(1) Féré. De la pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques. *Société de biologie*, 27 mai 1889.

s'agit là d'épanchements sanguins, de petits hématomes de date récente donnant au placenta l'aspect d'une véritable « *truffe* ».

A côté de ces foyers hémorragiques récents, le placenta présente des petits noyaux blanchâtres variant du volume d'une lentille à celui d'une amande, durs au toucher, résistants à la coupe. Ce sont des foyers d'hémorragie ancienne ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse, et qui constituent les « *infarctus blancs* ».

Que ces hémorragies intra-placentaires cessent d'être limitées, il se forme un vaste hématome qui, d'une part, va décoller le placenta, et l'hémorragie rétro-placentaire est constituée, et qui, d'autre part, va parfois, comme l'ont démontré MM. Bar, Ribemont-Dessaignes et Couvelaire, infiltrer la paroi utérine dans toute son épaisseur.

Dans une communication toute récente, M. Couvelaire (1) a présenté deux pièces fort intéressantes démontrant de la façon la plus évidente l'existence de cet état ecchymotique du muscle utérin tout entier dans les hémorragies rétro-placentaires. Cette infiltration hémorragique se fait non seulement dans l'épaisseur de la paroi utérine, elle la dépasse encore, et la surface externe sous-séreuse présente cette teinte marbrée, ecchymotique, tout à fait caractéristique.

L'hémorragie rétro-placentaire donne naissance à un cortège symptomatique bien établi par M. Pinard.

Ce qui domine surtout la scène, ce sont des signes d'hémorragie, laquelle peut être seulement interne, ou à la fois

(1) Couvelaire. Communication à la *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 10 juin 1912.

interne et externe. L'apparition soudaine de ces signes d'hémorragie chez une femme enceinte albuminurique hypertendue, près du terme, avec pouls rapide et filant, l'augmentation du volume de l'utérus et sa *consistance ligneuse*, tels sont les signes permettant d'affirmer le diagnostic de l'hémorragie rétro-placentaire qui peut tuer la femme et l'enfant en quelques instants.

Comme l'a démontré Lévy (1), c'est l'accélération du pouls qui marque la gravité de l'hémorragie, indique l'urgence d'un traitement chirurgical consistant « dans l'opération césarienne abdominale le plus souvent suivie d'hystérectomie, lorsque l'état du col ne permet pas l'évacuation immédiate du contenu utérin ».

(1) Lévy. Traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires. *Thèse de Paris*, 1911.

CHAPITRE VII

# OBSERVATIONS

## 1° Accès éclamptiques.

## 2° Hémorragies rétro-placentaires.

Observation I (personnelle), n° 1364, septembre 1910.

Albuminurie légère survenue à la fin de la grossesse.

Prodromes éclamptiques pendant le travail.

Application de forceps en D. P.

G... Germaine, I pare, 20 ans, journalière.

Opérée à 19 ans, d'une bartholinite droite ; présente actuellement des végétations vulvaires et vaginales.

D. R. 27-31 octobre 1909.

Cette femme est venue consulter à plusieurs reprises à Baudelocque, et il y a un mois environ, lors de la dernière consultation, on n'aurait pas trouvé d'albumine dans ses urines. Sommet en D. P.

Début du travail le 7 septembre à 4 heures du matin ; entrée à la salle de travail à 5 heures.

Examen : sommet en D. P.

Dilatation 1 fr. Membranes intactes. Enfant vivant. Nuage

d'albumine dans les urines. Au tube d'Esbach, 0 gr. 30 d'albumine.

P = 90. TA = 18,5.

Durant la journée, le travail évolue normalement. On note toutefois une certaine agitation.

A 8 heures du soir, dilatation d'une petite paume.

A 8 h. 30, on observe les phénomènes suivants :

Agitation extrême obligeant à maintenir la femme dans son lit. Mouvements de latéralité de la tête. Mouvements convulsifs de flexion et de déflexion des membres.

La femme, les yeux fermés, ne répond plus aux questions qu'on lui pose.

TA (au Potain), 19,5.

Cette crise dure quelques minutes, après lesquelles la femme revient à elle.

Administration d'un lavement de chloral.

A 9 h. 20 du soir, dilatation complète.

Application de forceps, et extraction d'un enfant vivant de 4.150 grammes.

Délivrance par expression française (face utérine), 40 minutes après.

Placenta de 650 grammes, sans lésions.

Après la délivrance. TA = 18.

SUITES DE COUCHES

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 1.250 gr. | 0 gr. 25 | 1l.1/2lait | 88 | 18 | |
| 9 | 700 — | traces | 1 lit. lait | 86 | 14 | Selles nombreuses |
| 10 | 700 — | traces | 2 lit. lait | 88 | 14 | |
| 11 | 750 — | 0 | — | 100 | 14.5 | Lymphangite du sein gauche |
| | | tr. de sang | | | | |
| 12 | 1.000 — | tr. sang | — | 100 | 15 | |

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 1.000 gr. | tr. sang | 2 lit. lait | 110 | 14 |
| 14 | 800 — | — | — | 88 | 13.5 |
| | | | potag. pur. | | |
| 15 | 900 — | — | 1 lit. lait | 88 | 14 |
| | | | rég. comm. | | |
| 16 | 1.000 — | — | — | 90 | 14 |

Départ. Etat général : bon.

Observation II (personnelle), nº 1860, décembre 1910.

Albuminurie de la grossesse traitée.

Accès éclamptiques au 7e mois.

Accouchement prématuré au 9e mois.

L... Juliette, II pare, 29 ans, cartonnière.

I. Accouchement avril 1906, sommet spontané à terme. Enfant vivant. Pas d'albumine.

Grossesse actuelle.

D. R. 23-25 mars.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 17 octobre, et est suivie à la consultation de Baudelocque. On ne constate jamais d'albumine dans ses urines.

Le 18 octobre, la femme ressent de violents maux de tête, des vertiges, il lui semble qu'elle a des « mouches volantes » devant les yeux. Elle constate enfin que ses jambes et sa figure sont « enflées »; cet état persiste jusqu'au 23 octobre, où elle est prise de vomissements et d'une céphalée très violente.

Elle revient à la consultation le 24 au matin et l'examen des urines décèle cette fois la présence d'une assez grande quantité d'albumine.

On constate enfin un œdème considérable des membres inférieurs et de la face.

La femme est admise d'urgence, placée dans une chambre à température constante, recouverte de flanelle.

P = 76. TA (au Vaquez) = 19.

Peu après son arrivée *à midi* 50, la femme fait subitement une crise éclamptique.

A 1 h. 30 elle a complètement repris connaissance, mais elle se plaint de céphalée violente, de vertiges, de troubles oculaires, administration d'eau-de-vie allemande, lavement glycériné. Chloral 4 grammes (par voie buccale).

6 h. 30 soir. La femme est calme.

P = 96. TA = 17,5.

La nuit est calme et la femme repose jusqu'au lendemain matin.

Diminution de la céphalée.

Diète hydrique.

| Oct. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Vaquez) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 250 gr. bouillon | 1 gr. 50 | 2 lit. eau | 68 | 17 | |
| 26 | 350 — | 0 gr. 75 | 2 lit. lait | 60 | 20.5 | |
| 27 | 2.500 — | 0 gr. 30 | — | 68 | 20 | |
| 28 | 2.000 — | 0 gr. 50 | 3 lit. lait | 68 | 19.5 | |
| 29 | 3.000 — | 0 gr. 50 | — | 64 | 18.5 | |
| 30 | 2.250 — | 0 gr. 50 | — | 60 | 19 | Purgation Céphalée |
| 31 | 2.750 — | traces | — | 76 | 15.5 | |
| | | | 1/2 Vals | | | |
| Nov. | | | | | | |
| 1er | 2.000 — | traces | — | 72 | 15.5 | |
| 2 | 2.000 — | traces | — | 68 | 16.5 | |
| 3 | 3.250 — | traces | — | 68 | 17.5 | |
| 4 | 3.000 — | trac. lég. | — | 68 | 15.5 | |
| 5 | 3.250 — | — | — | 68 | 15.5 | |
| 6 | 3.000 — | — | — | 70 | 15.5 | |

La femme quitte la Clinique sur sa demande formelle; on lui conseille toutefois de suivre le régime lacté absolu. Elle revient consulter les :

| Nov. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. (au Vaquez) |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | albumine | lait | 70 | 14.5 |
| 16 | | albumine | lait | 86 | 15.5 |
| 23 | | albumine | lait | 92 | 17.5 |

6 décembre. Début du travail à 11 heures du soir. La femme arrive à la Clinique le 7 décembre à 10 heures du matin.

Examen. HU = 28.

Sommet en G. A. Enfant vivant.

Membranes intactes. Dilatation 1 fr.

Les urines renferment de l'albumine en assez grande quantité (3 grammes). On place la femme dans une chambre chaude, enveloppement de flanelle chaude. Lavement purgatif. Chloral. Régime lacté absolu.

P = 84. TA = 20.

A 5 h. 30 du soir, dilatation complète.

P = 88. TA = 20.

A 6 heures, expulsion d'un enfant vivant (araignée), de 1.450 grammes.

Délivrance 30 minutes après; placenta de 320 grammes, truffé, présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents.

Après la délivrance :

P = 84. TA = 19.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | | 2 gr. 50 | 3 lit. lait | 96 | 16 | |
| 9 | 3.000 gr. | sang | — | 88 | 15.5 | L'enfant meurt |
| 10 | 2.000 — | traces | — | 88 | 15 | |

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 1.500 gr. | 0 | 3 l. lait | 92 | 15 |
| 12 | 2.000 — | 0 | — | 84 | 14.5 |
| | | | potages | | |
| 13 | 3.000 — | 0 | — | 88 | 15 |
| 14 | 3.000 — | 0 | — | 88 | 13 |
| 15 | 2.500 — | 0 | — | 84 | 15 |
| 16 | 3.000 — | 0 | rég. comm. | 80 | 14.5 |

La femme quitte la clinique. Etat général : bon.

Observation III (personnelle), n° 32, janvier 1911.

Albuminurie de la grossesse, traitée.

Accès éclamptiques au 9e mois, et pendant le travail. Accouchement à terme d'un enfant se présentant par le siège (mode des fesses).

B... Victorine. I pare, 26 ans, ménagère.

Cette femme aurait eu dès l'âge de 12 ans des crises d'épilepsie, se montrant tous les mois au moment des règles. Pendant sept ans environ elle fut soumise au traitement bromuré (dose maxima 5 grammes). Les dernières crises datent du mois d'août 1910, mais la femme avait délaissé le traitement depuis quatre mois.

Elle aurait eu en outre, à 13 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu (des membres inférieurs), traitée par le salicylate de soude.

A 15 ans, enfin, fièvre typhoïde suivie de bronchite.

Grossesse actuelle.

D. R, du 21 au 25 mars.

La femme est admise à la clinique le 4 décembre 1910, pour présentation du siège que des tentatives de version externe ne parviennent pas à corriger.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

La femme reste au repos au dortoir, et la grossesse évolue normalement jusqu'au 23 *décembre*, où apparaît brusquement à 3 h. 45 du matin une crise convulsive ayant présenté une durée totale de 5 minutes et suivie d'un état subcomateux ayant durée 5 minutes environ.

A 9 h. 10 du matin nouvelle crise convulsive sans déplacement total du corps.

Chloroformisation, pendant la crise.

Après la crise : P = 120.

TA = 20.5.

On note en outre de l'œdème de la face et des membres inférieurs. On pratique le cathétérisme de la vessie, et l'examen des urines dénote la présence d'albumine. (2 grammes au tube d'Esbach.)

Administration d'un lavement purgatif et de 4 grammes de chloral.

A 1 h. 50 soir, troisième crise convulsive, d'une durée totale de 7 à 8 minutes ; subcoma consécutif pendant 10 minutes environ : inhalations de chloroforme.

Saignée de 400 grammes.

Dans la nuit du 23 au 24, la femme est calme.

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | (au Pachon) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | 600 gr. | 1 gr. | 2 l. eau stér | 88 | 17.5 | Amélioration |
| | selles nomb. | | | | | |
| 25 | 1.500 — | trac. lég. | — | 78 | 18.5 | Constipation |
| | | | 1 l. eau lact. | | | |
| 26 | 2.750 — | 0 | 2 lit. lait | 80 | 18 | |
| | | | 1 l. eau lact. | | | |
| 27 | 2.000 — | 0 | 3 lit. lait | 68 | 18 | |
| | | | 1 l. eau stér. | | | |

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 2.500 g. | 0 | 3 lit. lait<br>1 l. eau stér. | 68 | 18 | |
| 29 | 3.500 — | 0 | 3 lit. lait<br>1 l. tisane | 68 | 20 | |
| 30 | 4.000 — | 0 | 3 lit. lait<br>1 l. eau stér. | 68 | 18.5 | |
| 31 | 2.000 — | 0 | — | 68 | 18.5 | |
| Janv. | | | | | | |
| 1er | 2.250 — | 0 | 3 lit. lait<br>1 l. tisane | 80 | 18 | |
| 2 | 1.500 — | 0 | — | 70 | 18 | Lavement |
| 3 | 2.500 — | 0 | 3 lit. lait<br>1 l. tisane | 72 | 19 | Purgation |
| 4 | 2.000 — | 0 | — | 68 | 18.5 | |
| 5 | 2.000 — | 0 | rég. comm | 72 | 18 | Céphalée |
| 6 | 2.250 — | traces | 3 lit. lait | 78 | 20 | |
| 7 | 2.500 — | traces | 4 lit. lait | 80 | 19.5 | |
| 8 | 2.750 — | traces | — | 88 | 21 | |

A 10 heures du matin, début du travail.

HU = 31. Siège décomplété, mode des fesses en G. T. Traces d'albumine.

TA = 21.

A 5 h. 30 *du soir* la femme est prise subitement d'une crise convulsive avec cyanose et subcoma ; durée totale 8 minutes.

Inhalations de chloroforme ; lavement purgatif et chloral, 4 grammes (en lavement).

Après la crise.

P = 108. TA = 22,5.

A 10 h. 30 *du soir*. Rupture spontanée et précoce des membranes à la dilatation d'une grande paume. Liquide teinté de méconium, auscultation bonne.

A 11 h. 45 *du soir* dilatation complète.

Pendant la période d'expulsion :

TA = 22.

Le 9 janvier à 1 h. 20 du matin, expulsion spontanée d'un fœtus vivant de 2.600 grammes.

Expulsion spontanée du placenta aussitôt après l'accouchement ; poids 350 grammes, il présente quelques foyers hémorragiques anciens.

Après la délivrance :

P = 100. TA = 22.

SUITES DE COUCHES

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 1.750 gr. | sang | 1 l. 1/2 eau lactosée | 92 | 21 |
| 10 | 1.000 — | | — | 80 | 19 |
| 11 | 2.250 — | 0 gr. 25 | 3 lit. lait | 80 | 19 |
| 12 | 500 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 19 |
| 13 | 1.000 — | traces | — | 80 | 19 |
| 14 | 1.250 — | traces | — | 84 | 18 |
| 15 | 1.000 — | trac. lég. | — | 74 | 16 |
| 16 | 1.000 — | trac. lég. | — | 78 | 16 |
| 17 | 2.000 — | 0 gr. 25 | 4 lit. lait | 76 | 16 |
| 18 | 1.750 — | traces | 3 lit. lait | 78 | 16 |
| 19 | 1.500 — | 0 | — | 80 | 16 |
| 20 | 1.750 — | traces | 4 lit. lait | 78 | 16.5 |
| 21 | 1.750 — | traces | 3 lit. lait | 72 | 16 |
| 22 | 1.750 — | traces | — | 72 | 16.5 |
| 23 | 1.500 — | tra. lég. | — légumes | 72 | 16 |
| 24 | | — | — | 76 | 16 |
| 25 | 1.500 — | — | — | 80 | 16.5 |
| 26 | 1.750 — | — | — | 80 | 16 |

| Janv. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | | 0 | 3 lit. lait légumes | 84 | 16.5 |
| 28 | 1.500 gr. | 0 | — | 76 | 17 |
| 29 | 1.750 — | 0 | — | 80 | 16 |

Départ. Etat général bon.

Observation IV (personnelle), n° 866, juin 1911.

Albuminurie non traitée.

Accouchement à terme. Apparition d'un accès convulsif dit éclamptique 1-h. 15 après l'accouchement.

G... Alice, I pare, 20 ans, ménagère.

D. R. 14-22 septembre.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 6e mois. A cette époque apparition d'œdème de la face, des membres inférieurs, gagnant peu à peu les organes génitaux externes.

Puis apparition de céphalalgie, de la douleur dite de Chaussier. Malgré cela la femme ne consulte pas et n'arrive à la clinique qu'au début du travail le 24 juin.

Début du travail, 24 juin, 6 heures du matin.

A l'entrée on constate un œdème considérable des membres inférieurs, de la face, de la vulve ; œdème sus-pubien.

Sommet en D. P., enfant vivant.

Albuminurie, 12 grammes.

TA = 21,5 (au Pachon).

Dilatation complète à 1 h. 30 du soir.

A 2 h. 45, expulsion d'un fœtus vivant de 3.340 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 530 grammes sans lésions.

Après la délivrance :

TA = 23.

A 4 *heures du soir*, donc 1 h. 15 après la délivrance, la femme

fait subitement un accès convulsif, d'une durée totale de 10 minutes. Inhalations de chloroforme ; chloral 4 grammes.

Après la crise, TA = 23

| Juin | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | | sang | 1 l. eau lact | 80 | 20 |
| 26 | 750 — | 6 gr. 50 | — | 88 | 19.5 |
| 27 | 750 — | 7 gr. | 2 l. eau lacté | 76 | 19 |
| 28 | 2.000 — | 2 gr. | 2 lit. lait<br>1 lit. $H^2O$ | 80 | 19 |
| 29 | 1.600 — | 1 gr. 50 | — | 76 | 18.5 |
| 30 | 1.100 — | 1 gr. | 3 lit. lait | 76 | 15 |
| Juill. | | | | | |
| 1er | 1.600 — | traces | — | 76 | 15.5 |
| 2 | 1.800 — | traces | — | 80 | 15.5 |

3 Départ sur demande malgré les observations faites.

Observation V (personnelle), n° 1334, septembre 1911.

Albuminurie non traitée.

Accouchement à terme.

Accès éclamptiques après la délivrance.

Psychose puerpérale pendant les suites de couches.

R... Augustine. V pare, 37 ans, ménagère.

Fièvre typhoïde à 19 ans.

Les quatre premières grossesses se sont terminées par des accouchements à terme; 4 enfants vivants.

Grossesse actuelle.

D. R. 5-7 décembre 1910.

La femme vient consulter à plusieurs reprises à Baudelocque; grossesse normale, mais on constate à plusieurs reprises un léger nuage d'albumine dans ses urines et on lui conseille le régime lacté.

Elle entre à la Clinique le 19 septembre pour traces d'albumine ; lait, purgatif, flanelle, etc.

Dans la soirée elle est prise d'une céphalée intense, on note en outre un léger œdème des jambes. Rupture des membranes prématurément à 6 heures du soir.

Début du travail à 7 heures du soir.

A 7 h. 30, expulsion d'un fœtus vivant de 2.960 grammes. Délivrance une demi-heure après ; placenta de 520 grammes.

P = 80.

La femme commence alors à présenter de l'agitation puis à 8 h. 25 du soir, apparition soudaine d'un accès éclamptique.

TA = 24.

Inhalations de chloroforme.

Saignée de 70 grammes ; le sang s'écoule très difficilement.

P = 100. $T^e$ = 36.

Après l'accès, lavement de 4 grammes de chloral.

TA = 23.

La femme perd du sang ; utérus mou ; massage utérin qui fait cesser l'hémorragie. Elle est placée dans une chambre à température constante, recouverte de flanelle et surveillée.

20 *Septembre à 4 heures du matin.*

Deuxième crise convulsive plus courte ; chloroforme.

TA = 23. P = 110.

*A* 5 h. 30 *matin.* Troisième accès éclamptique.

P = 106-116.

Céphalée vive ; vomissements alimentaires et bilieux abondants.

*A* 8 h. 30. Quatrième accès convulsif.

TA = 23. P = 96.

Lorsque la femme revient à elle, on lui donne un purgatif (eau-de-vie allemande), qu'elle rend aussitôt. Elle émet spontanément 300 grammes d'urines très foncées.

Albumine 3 grammes.

Eau lactosée. Lavement purgatif.

10 h. 10 *matin*. Cinquième crise de courte durée.

P = 84. TA = 24,5.

Selles abondantes et fétides.

De 1 heure du soir à minuit, elle fait encore huit crises éclamptiques d'une durée de 3 à 5 minutes chacune.

Inhalations répétées de chloroforme.

Lavement de 4 litres d'eau bouillie.

21 *septembre*, 3 h. 20 *matin*, quatorzième crise éclamptique.

5 *heures matin*. Nouvel accès.

7 h. 15. Seizième accès convulsif.

Vomissements abondants. Agitation et obnubilation. Après un lavement purgatif, on administre à la femme un lavement de chloral de 4 grammes et saignée de 700 grammes.

Urines, 500 grammes; bouillon sale.

Albumine = 1 gr. 50.

P = 92.

TA = 22,5. Diète hydrique.

22 *septembre*. — Etat général meilleur ; céphalée légère.

Urines, 1.250 grammes, rouges.

Albumine = 1 gramme.

TA = 20.

P = 64. Depuis la veille, la femme a pris un litre d'eau lactosée.

23 *septembre*. — Urines, 1.750 grammes.

Albumine = traces.

P = 100.

Apparition d'une *psychose puerpérale* (post-éclamptique), obnubilation, confusion mentale. Délire à forme mélancolique. La malade très agitée se lève et veut se jeter par la fenêtre; elle refuse toute boisson, croyant qu'on veut l'empoisonner.

Haleine fétide, fuliginosités.

Lavement de 250 grammes de sérum physiologique.

La TA ne peut être prise, en raison de l'agitation extrême.

24 *septembre.* — Disparition totale de la psychose; état général assez bon; 1re tétée.

Urines = 250 grammes recueillis, la malade urinant sous elle.

Albumine = traces.

P = 100.

TA = 23,5.

Depuis la veille, la femme a bu 2 litres d'eau lactosée.

25 *septembre.* — Céphalée légère.

Urines = 5.000 grammes.

Albumine = traces légères.

P = 96.

TA = 19.

Depuis la veille 1 litre lait, 1 litre tisane.

26 *septembre.* — Agitation extrême : délire de persécution. On se prépare à interner la malade.

Urines = 1.250 grammes ; traces d'albumine.

TA = 19,5

P = 126. Chloral, 8 grammes.

27 *septembre.* — Agitation extrême ; réapparition de la psychose (forme de manie aiguë).

Urines = 3.000 grammes troubles.

Albumine = 0 gr. 25.

Lait et eau lactosée.

P = 100.

TA = 18.

Chloral, 6 grammes. Dans la soirée, l'agitation disparaît faisant place à l'hébétude.

28 *septembre.* — Amélioration très sensible; agitation très lé-

gère ; un peu d'obnubilation. La malade a pris depuis la veille 4 litres de lait et 4 litres de tisane.

Urines = 4.000 grammes.

Albumine = traces légères.

P = 100.

TA = 18,5.

29 *septembre*. — Etat général bon; psychisme normal, céphalée légère. La femme a pris 5 litres de lait, et autant de tisane.

| Sept. | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 7.000 gr. | traces légères | lait tisane | 92 | 17 | |
| 30 | 6.000 — | — | 4 lit. lait 4 l. tisane | 92 | 18 | Céphalée légère |
| Oct. 1er | 7.000 — | 0 | 5 lit. lait 1 l. tisane | 92 | 18 | |
| 2 | 6.000 — | 0 | — | 90 | 17.5 | Disparition de la céphalée |
| 3 | 5.000 — | 0 | — | 88 | 17.5 | |
| 4 | 4.000 — | 0 | 3 lit. lait 1 l. tisane | 80 | 16 | |
| 5 | 4.000 — | 0 | — | 80 | 15.5 | Etat général bon |
| 6 | 4.000 — | 0 | — | 80 | 15 | |
| 7 | 4.000 — | 0 | potages — légumes | 84 | 15.5 | |
| 8 | 4.500 — | 0 | — | 80 | 15.5 | |

Départ. Etat général bon.

Observation VI (personnelle), nº 1811, décembre 1911.

Albuminurie gravidique traitée.

Disparition de l'albumine 20 jours avant l'accouchement.

Apparition brusque d'accès convulsifs dits éclamptiques au cours du travail avec retour de l'albuminurie. Application de forceps à la dilatation complète et extraction d'un enfant vivant à terme.

L... Alice, I pare, 22 ans, domestique.

D. R., 1er mars.

La grossesse évolue normalement jusqu'au mois de juin. A cette époque, la femme ressent des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen ; la miction est douloureuse. Elle va alors consulter à la Maternité où on porte le diagnostic de grossesse de 3 mois environ ; pas d'albumine dans les urines.

Au mois de septembre, apparition d'œdème aux jambes, surtout le soir ; céphalée frontale, troubles auditifs. On constate alors dans une clinique de quartier que les urines renferment de l'albumine, et on conseille à la femme le régime lacté qu'elle ne suit pas d'ailleurs. Les phénomènes s'aggravent progressivement et au début de novembre la femme entre à l'asile de l'avenue du Maine où elle est soumise au régime lacté absolu.

15 *novembre*. — La femme entre à la Clinique Baudelocque; sommet en G. A., enfant vivant, traces d'albumine (0 gr. 25), plus de céphalée ni d'œdème. Traitement habituel.

Malgré le régime lacté, l'albuminurie persiste en faible quantité (0 gr. 25 au plus). La TA oscille entre 16,5 et 17.

Du 23 novembre au 5 décembre, traces insignifiantes d'albumine. Etat général bon.

Du 5 au 25 décembre, disparition totale de l'albumine, régime lacto-végétarien.

La TA revenue aux environs de la normale (15,5) n'est plus prise régulièrement.

Début du travail le 25 décembre à 1 heure matin.

*A* 11 h. 30 *du matin*. Apparition soudaine d'une céphalée intense, en casque. TA = 22.

Immédiatement saignée de 600 grammes.

Au milieu de la saignée la femme fait un accès convulsif. Chloroforme, la femme reprend assez vite connaissance.

Après la saignée,

TA = 18. P = 96.

On constate après la crise que les membranes sont rompues précocement à la dilatation de 5 fr. Diminution de la céphalée, mais l'agitation persiste.

Administration d'eau-de-vie allemande et d'un lavement de 4 grammes de chloral, après lavement évacuateur simple.

Dans la journée, il persiste une légère céphalée.

TA = 16,5.

11 h. 45 *soir*. La femme présente de l'agitation depuis un certain temps ; on constate que la dilatation est complète ; apparition subite d'un deuxième accès convulsif de courte durée ; chloroforme.

TA = 20.

On pratique aussitôt une application de forceps en G. A. : extraction d'un fœtus vivant de 2.330 grammes. Délivrance une demi-heure après, par expression française. Après la délivrance

T = 110. TA — 17. T = 37,9.

Placenta de 450 grammes, présentant un foyer hémorragique ancien et des petits foyers sous-choriaux.

SUITES DE COUCHES

| Déc. | Urines | Albumine | Régime | T. A. |
|---|---|---|---|---|
| 26 | 1.750 gr. | sang | 3 lit. lait | 18 le matin<br>15 le soir |
| 27 | 2.000 — | — | — | 14.5 |
| 28 | — | — | — | 14 |
| 29 | — | 0 | — | 12 |
| 30 | 2.250 gr. | 0 | — | 14.5 |
| 31 | | 0 | — | 14 |

La tension se maintient entre 13,5 et 14,5 jusqu'au départ. Bon état général.

Observation VII (personnelle), n° 140, janvier 1912.

Albuminurie non traitée.

Accouchement prématuré au 8e mois, enfant mort.

Crises éclamptiques au cours du travail.

Placenta présentant une *hémorragie rétro-placentaire.*

*Décapsulation et néphrotomie. Mort.*

L... Lucie, I pare, 23 ans, couturière.

D. R., 14-15 juin.

La femme n'a jamais consulté.

Début du travail le 28 janvier à 8 h. 1/2 du soir.

Elle arrive à la Clinique le 29 janvier à 6 heures du matin.

La femme présente dès son entrée une crise convulsive dite éclamptique, typique, inhalations de chloroforme ; chloral, 3 grammes par voie buccale après l'accès (flanelle, etc.).

Examen. — Sommet en G. A.

H: U: 30 cent. Auscultation négative.

Dilatation, 2 fr.

On apprend en outre par le mari que de minuit à 5 heures du matin la femme a fait 4 crises analogues ; un médecin appelé lui avait administré du chloroforme et un lavement de chloral.

M. Pottet examine à son tour la femme et constate que l'utérus présente une *dureté ligneuse.* Il rompt les membranes, il s'écoule du liquide teinté de sang.

A 6 h. 40. Cinquième crise ; chloroforme. P = 110.

8 h. 15. Sixième crise, durée 30 secondes ; chloroforme. TA (Pachon) = 28.

9 h. 40. Septième crise ; chloroforme, administration d'un lavement purgatif. Urines acajou.

P = 125. Respiration, 42. Albumine, 0 gr. 75.

10 h. 10. Huitième crise. P = 125. R = 44.

10 h. 50. Neuvième crise. Dilatation, petite paume.

Dilatation complète à 11 heures.

A 11 h. 10, expulsion d'un fœtus mort non macéré de 1.720 grammes. A 11 h. 30, expulsion d'un placenta de 300 grammes, présentant un foyer hémorragique ancien et un gros caillot d'hémorragie rétro-placentaire sur la face utérine. P = 150. Sur l'indication de M. Pinard : pose de six sangsues aux mastoïdes.

11 h. 35. Dixième crise éclamptique.

P = 120. TA = 21. T = 38,1.

Midi 5. Onzième crise.

Midi 55. Douzième crise ; après la crise :

P = 130. TA = 21. T = 38,9.

1 h. 45 soir. Treizième crise convulsive.

2 heures. Quatorzième crise ; après l'accès :

P = 145. TA = 21. T = 38,9.

2 h. 35. Quinzième crise ; après l'accès :

P = 160. TA = 16. T = 38,9.

4 h. 10 soir. On sonde la femme sans succès.

P = 160. TA = 15. T = 38,7.

5 h. 30. Nouvelle tentative de cathétérisme sans résultat. M. Pinard prescrit l'application de ventouses scarifiées sur les reins.

Lavement purgatif. Agitation.

6 heures soir. P = 150. T = 38,5.

Langue sèche ; myosis ; réflexe rotulien aboli ; réflexe cornéen conservé.

8 heures. La femme est plus calme.

P = 150. TA = 15. R = 36. T = 37,8.

11 heures soir. TA = 18. P = 135. T = 38,2.

4 heures matin, 30 janvier.

TA = 19. P = 120. T = 39,1.

6 heures matin. T = 39,2.

On a fait une ponction lombaire et on retire 20 cc. de liquide clair s'écoulant en jet.

7 h. 30. TA = 22. P = 160.

Respiration stertoreuse. La malade a pris 2 litres d'eau stérilisée dans la nuit.

11 heures. TA = 21.

Examen du fond de l'œil négatif (M. Morax).

La femme n'a pas uriné et les tentatives de cathétérisme sont restées infructueuses.

M. Pinard pose alors l'indication de la *décapsulation du rein.*

Opération par M. Faure. Des deux côtés, on constate un gros œdème du tissu périnéal.

Après incision de la capsule à droite, on constate que le rein ne fait pas hernie : consistance normale ; coloration violacée ; la capsule se laisse facilement décortiquer, étant presque décollée, et il est impossible d'amener le rein hors de la plaie.

A gauche, néphrotomie ; la capsule adhère légèrement au tissu rénal.

L'opération est terminée selon la technique habituelle.

La femme reste plongée dans un état comateux jusqu'au soir et meurt à 9 heures.

Observation VIII (personnelle), nº 555, avril 1912.

Albuminurie non traitée.

Accès éclamptiques survenus au cours du 8e mois de la gestation. Cessation des crises avant le début du travail. Accouchement prématuré au 8e mois.

Délivrance artificielle pour absence de décollement du placenta. Malformation utérine.

H... Marie, II pare, 28 ans, mécanicienne.

Ier accouchement normal à terme, enfant vivant.

II. D. R., 1-3 septembre.

La femme dit que dès le début de sa grossesse elle aurait constaté de l'œdème des membres inférieurs; un peu plus tard, apparition d'œdème palpébral. Au mois de mars, apparition d'une céphalée frontale intense ; une sage-femme consultée constate la présence d'albumine dans les urines et conseille le régime lacté absolu qui n'est d'ailleurs pas suivi. Apparition de vomissements continuels, de douleur violente au creux épigastrique ; accentuation de l'œdème ; l'état général s'aggrave. La femme finit par consulter un médecin le 20 avril qui constate une albuminurie intense et lui ordonne le régime lacté absolu.

Le 25 avril, elle vient consulter à Baudelocque où on lui conseille d'entrer immédiatement pour traiter son albuminurie considérable. La femme refuse de rester dans le service, et rentre chez elle. Le 26 avril, à minuit, elle est subitement prise d'accès convulsifs, et jusqu'à 10 heures du matin elle présente une dizaine d'accès semblables. Le mari, après avoir tenté de faire une saignée en pratiquant avec son rasoir une incision sur le deltoïde droit, l'amène à Baudelocque ; pendant le trajet elle fait encore deux crises convulsives et arrive à la Clinique en pleine crise éclamptique. (Chambre à 20° ; flanelle chaude.)

P = 100-130. TA = 25 (Pachon).

Administration immédiate d'un lavement purgatif et saignée de 500 grammes.

Après la saignée, P = 100, TA = 19,5.

Cathétérisme de la vessie donnant une très petite quantité d'urine foncée ; précipité très abondant d'albumine. Administration d'un lavement de 4 grammes de chloral.

*Examen obstétrical.* — Tête fixée en G. T. ; enfant vivant ; col fermé.

*De midi à 1 heure.* Cinq accès convulsifs ; inhalations de chloroforme ; après la dernière crise, selles abondantes, administration d'un nouveau lavement de chloral.

2 *heures soir.* Début du travail.

Examen de M. Pinard ; état relativement satisfaisant ; la femme répond assez bien aux questions qu'on lui pose ; elle se plaint d'une céphalalgie frontale, intense. P = 90. T = 36,8.

6 *heures soir.* Agitation extrême obligeant à maintenir la femme dans son lit; légère obnubilation.

P = 92. TA = 20. T = 36, 9.

*Nuit du 26 au 27.* — Alternatives de sommeil et d'agitation. TA = 19,5. P = 80.

27 *avril, matin.* — Emission spontanée de 500 grammes d'urines couleur bouillon. Albumine, 13 grammmes. Obnubilation, céphalée, agitation. TA = 20,5. P = 96.

*Résultat de l'analyse des urines.* — Chlorures : 7 gr. 02 par litre; phosphates, 2 gr. 50 par litre; urée, 9 gr. 80 par litre.

5 *heures soir.* — Céphalalgie très intense ; obnubilation très accentuée ; face congestionnée.

P = 90. TA = 22.

Saignée de 250 grammes ; après la saignée, TA = 19,5, diminution de la céphalée et de la rougeur de la face.

8 *heures soir.* — Rupture spontanée des membranes à la dilatation de 2 francs.

11 h. 40 *soir.* Dilatation complète. TA = 19,5.

11 h. 50. Expulsion d'un fœtus vivant débile de 1.980 grammes. P = 96. TA = 19,5.

2 heures après l'accouchement, le placenta n'étant pas encore décollé, on pratique la délivrance artificielle ; placenta enchâtonné dans la corne utérine gauche du poids de 320 grammes.

présentant de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents. Après la délivrance, P = 88, TA = 19,5, T = 37,5.

28 *avril.* — Amélioration de l'état psychique. Albumine, 7 grammes. P = 88. TA = 22. Eau lactosée, 1.500 grammes.

29 *avril.* — U = 750. T = 5 gr. P = 76. TA = 20.

Eau lactosée, 2 litres 500.

30 *avril.* — A = 1 gr. P = 88. TA = 21,5. Lait, 3 litres.

1er *mai.* — Urines = 200 grammes (selles nombreuses).

A = 0 gr. 75 ; P = 96. TA = 22. Lait, 3 litres.

Dans la journée, apparition d'une douleur épigastrique intense, de céphalée, d'œdème palpébral, abattement extrême. Administration d'eau-de-vie allemande.

Le soir, TA = 21, 5. Saignée de 325 grammes.

Après la saignée, TA = 19.

2 *mai matin.* — U = 500 grammes, claires.

Albumine = 4 grammes (après cathétérisme).

P = 102. TA = 17,5. Lait, 3 litres.

*Dosage de l'azote total dans le sang.* — Sur 11 cc. 20 de sérum traité par l'acide trichloracétique, le dosage de l'azote total à l'état d'$AzH^3$ par la méthode au formol donne 0,25 d'N p. 1.000.

3 *mai matin.* — Abattement ; œdème palpébral ; troubles visuels (brouillards). Lavement purgatif.

Théobromine, 1 gr. 50. P = 88 ; TA = 17,5.

Dans la soirée, amélioration sensible.

4 *mai matin.* — Etat général meilleur ;persistance des troubles visuels. Selles nombreuses.

U = 100 gr. (?). A = 1 gr. 50. P = 96. TA = 15,5.

Régime, 1 litre d'eau lactosée, 1 litre de lait.

Dosage de l'azote total : N = 0,15 p. 1.000.

5 *mai.* — Lucidité parfaite ; troubles visuels.

U = 500 gr. A = traces ; P = 88. TA = 16.

Selles nombreuses. 2 litres lait ; 1 litre eau lactosée.

| Mai | Urines | Albumine | Régime | P. | T. A. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 400 gr. selles nomb. | 1 gr. | 3 lit. lait 2 eau lact. | 96 | 16 | |
| 7 | 500 — selles | 0 gr. 75 | — | 92 | 15.5 | |
| 8 | 1.000 — | 0 gr. 50 | — | 88 | 15 | Diminution des troubles visuels |
| 9 | 1.200 — | 0 gr. 50 | — | 88 | 15.5 | |
| 10 | 1.800 — | | 3 lit. lait 1 l. eau lact. | 80 | 14.5 | |
| 11 | 2.125 — | 0 gr. 25 | — | 84 | 14 | Etat général bon |
| 12 | 2.000 — | tr. tr. lég. | — | 80 | 13 | |
| 13 | 1.000 — | 0 | 3 lit. lait 1 Dirza | 76 | 12.5 | |
| 14 | 1.625 — | 0 | 3 lit. lait potag. pur. | 80 | 13.5 | |
| 15 | 1.900 — | 0 | — | 80 | 13.5 | |
| 16 | 1.750 — | 0 | — | 88 | 13.5 | |
| 17 | 1.000 — | 0 | rég. com. | 80 | 13 | |

Départ. Etat général bon.

---

## Hémorragies rétro-placentaires.

Observation I, nº 1895, décembre 1910.

Albuminurie non traitée.

Hémorragie rétro-placentaire au cours du 8e mois. Opération de Porro; enfant mort.

D... Suzanne, I pare, 26 ans, ménagère.

Scarlatine vers l'âge de 13 ans avec albuminurie.

D. R., 8-16 avril.

La femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse. Vers le début, elle avait éprouvé des céphalées et présenté des vomissements qui disparurent vers le 3e mois.

Elle arrive à la Clinique le 14 décembre à 2 heures du soir, ressentant quelques rares contractions utérines douloureuses.

Son facies est pâle, toutes les muqueuses sont décolorées. Léger œdème des membres inférieurs. Céphalée. Troubles de la vision (sensation de brouillard devant les yeux).

Le pouls est à 90, tendu, régulier.

Le fond de l'utérus remonte à 27 centimètres au-dessus du pubis. Les parois utérines ont une consistance dure et telle que les contractions la modifient peu. Cependant on peut percevoir encore une petite extrémité céphalique s'engageant dans le bassin.

L'auscultation fœtale est négative.

Suintement sanguin par le col incomplètement effacé.

L'urine contient une quantité considérable d'albumine : additionnée d'acide acétique, elle se prend en masse par la chaleur.

A 4 heures, le pouls s'accélère un peu, il est à 100. Quelques contractions très espacées.

A 4 h. 45, pouls à 120. Rupture artificielle des membranes à travers un orifice utérin laissant à peine passer la pulpe de l'index. Il s'écoule du liquide amniotique teinté de sang.

A 5 heures, la pâleur et la faiblesse s'accentuent ; on pratique une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum

A 5 h. 30, pouls à 120, mais fond de l'utérus s'élevant à 28 cent. et demi.

A 6 heures, pouls variant de 120 à 140. On fait une nouvelle injection de 500 grammes de sérum.

A 7 heures, pouls à 130. *Hauteur de l'utérus*, 32 centimètres. La femme s'agite de plus en plus. Les extrémités ont de la tendance à se refroidir.

Injection sous-cutanée de 1 cc. de caféine et 2 cc. d'huile camphrée.

M. Couvelaire prévenu arrive à 8 heures et constate la gravité de l'état général. La femme est en état de shock hémorragique, l'utérus est hypertendu. La dilatation est à peine commençante. Le segment inférieur et le col ont la même dureté ligneuse que le corps utérin.

Dans ces conditions on décide d'évacuer, séante tenante, l'utérus par voie abdominale.

*Opération de Porro*, par M. Couvelaire. — A 8 h. 23, début de l'anesthésie chloroformique. Nettoyage de la paroi abdominale à la teinture d'iode.

A 8 h. 33, laparotomie en position légèrement déclive avec l'assistance de MM. Lacasse et Pottet.

Incision sus et sous-ombilicale, dépassant en haut l'ombilic de 3 cent. Extériorisation de l'utérus. La face péritonéale de cet organe apparaît violacée avec par places des zones noirâtres. Les annexes, des deux côtés, présentent un piqueté hémorragique très accentué. Elles sont volumineuses. Les ligaments larges sont infiltrés de sang dans leur totalité. Ouverture de l'utérus; il s'en échappe une grande quantité de caillots sanguins et de sang liquide.

Extraction d'un fœtus mort, du sexe féminin. Le placenta est trouvé décollé. Extraction du placenta et des membranes.

En raison de l'état de la paroi utérine infiltrée de sang apoplectique, M. Couvelaire décide de pratiquer l'amputation utéro-ovarique à la manière de Porro.

Pose d'un lien de caoutchouc, passant au-dessous des annexes. Pose du serre-nœud sur lequel on place un fil de soie de sûreté. Une broche transfixe l'utérus au-dessus du lien. Les pédicules utéro-ovariens et utérins sont liés de chaque côté par un fil de soie n° 3 qui les prend en masse au-dessus du lien élastique.

L'utérus et les annexes sont enlevés au bistouri.

Drain n° 40 dans le Douglas, en arrière du moignon.

Suture de la paroi abdominale en un plan à la soie n° 3.

*8 h. 46 du soir.* — Pose du dernier point de suture (anesthésie de 23 minutes avec 10 gr. de chloroforme). Durée de l'intervention, 13 minutes. Pendant l'intervention, la femme reçoit 600 grammes de sérum, son pouls est à 120.

On a extrait de l'utérus 450 grammes de caillots sanguins.

Le placenta pèse 300 grammes. Il présente sur sa face utérine, elle-même très farcie de noyaux hémorragiques, une cupule très nette. Le fœtus pèse 1.600 grammes et mesure 45 centimètres.

*Suites opératoires.* — 15 *décembre.* — La malade n'urine pas et ne rend pas de gaz. Douleur épigastrique, obnubilation. Pas de troubles oculaires ni d'altérations du rythme respiratoire. Léger œdème pré-tibial.

Ventouses scarifiées dans la région lombaire. Le sang recueilli est examiné par le Dr Cazeaux, chef du laboratoire, en suivant la technique du Prof. Widal. Urée : 2 gr. 23 par litre. Chlore total : 5 gr. 73.

16 *décembre.* — Pansement. Aspiration qui ramène 2 cuillerées à café de sang rouge.

*1 heure soir.* — P = 108 (très tendu). Tension artérielle (Pachon) = 20; 210 grammes d'urines claires. Albumine = 0 gr. 50.

*4 heures soir.* — Nausées, malaise général, douleur épigastrique, obnubilation, pas de troubles visuels.

17 *décembre.* — La malade, de 3 heures du matin à 11 heures matin, urine seule 500 grammes. Dans la nuit, suintement rose abondant, qui traverse entièrement le pansement.

On pratique au niveau du pli du coude une saignée de 40 grammes pour examen du sang. Urée : 1 gr. 97.

Immédiatement après, TA = 20. P = 116.

Gêne respiratoire. Ventouses sèches sur la région pulmonaire. L'état général reste le même. Obnubilation, état nauséeux, la douleur épigastrique diminue, mais la femme se plaint de vives douleurs abdominales. Urines : 2.000 gr. Albumine : 0 gr. 40.

*Examen des yeux.* — (Dr Landrieux.) Des deux côtés, lésions exsudatives (quelques stries à droite et quelques ponctuations à gauche), que l'on peut attribuer à l'albuminurie actuelle.

*11 heures soir.* — Vomissements porracés.

*18 décembre.* — Purgation : eau-de-vie allemande (30 gr.) que la malade vomit. P = 108. Même état général. Nausées, hoquets.

TA = 19. Urines claires : 2.000 gr. Albumine : 0 gr. 25.

*6 heures soir.* — Malaise général. Vomissements. Céphalée. P = 120. Lavement de vin. Résultat nul.

*19 décembre.* — P = 112. TA = 19,5. Urines = 2.250 gr. 0 gr. 25 d'albumine. Lavement purgatif. Dans l'après-midi on obtient quelques matières fécales dures. Etat général meilleur. La femme est mieux éveillée. Plus de réaction péritonéale. Pansement. Aspiration : 2 cuillerées à café de liquide sanguinolent sans odeur. Nuit assez bonne. Bon repos sans morphine.

*20 décembre.* — P = 120. TA = 19,5. Urines = 2.500 gr., claires.

*Analyse d'urine.* — Densité : 1,010.

Urée : 9 gr. 50 par litre.

Chlorures : 1 gr. 30 en NaCl.

Phosphates : 2 gr. 10 en $P^2O^5$.

Pas de sucres réducteurs. Albumine : 0 gr. 50 par litre.

Sédiment constitué par des urates alcalins. Quelques leucocytes polynucléaires peu nombreux.

20 *décembre.* — Etat général meilleur ; la malade est plus éveillée ; elle ne se plaint plus que de douleurs abdominales, survenant par crises assez espacées.

Pansement. Ablation du drain. Mèche iodoformée.

Lavement. Dans l'après-midi, on obtient quelques matières fécales dures. Vomissements.

21 *décembre*. — P = 120. TA = 20. 2.300 grammes d'urines claires. Albumine : 0.

La malade est de nouveau complètement obnubilée. Douleurs abdominales. Léger météorisme. Nausées. Vomissements. 3 ventouses scarifiées sur la région lombaire. Pansement.

22 *décembre*. — Purgation. Pas de selles vers midi. Quelques gaz rendus par sonde rectale. Dissociation du P et de la T. Pouls rapide moins bien frappé que les jours précédents. Facies grippé. La malade ne garde depuis la veille aucune boisson. Pas de vomissements porracés.

Ventre ballonné dans toute son étendue. Estomac distendu. On voit les anses intestinales qui se dessinent sous la peau, avec quelques mouvements péristaltiques. (Le côlon surtout est distendu et sonore à la percussion.) Un peu d'œdème de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite. Pas d'empâtement profond de cette région ; mais on constate une sensibilité marquée, à la pression dans la fosse iliaque droite, et une douleur exquise dans la région lombaire droite. Défense musculaire à droite. Ventre souple à gauche.

4*h*.30 *soir*. — L'intestin n'a pas encore fonctionné. Pouls moins bon que le matin. Hoquet, vomissements porracés. M. Couvelaire fait les mêmes constatations locales (le ballonnement a augmenté depuis le matin), et décide de pratiquer un *anus iliaque cæcal* et d'explorer en même temps, si possible, la fosse iliaque droite.

Anesthésie et incision de 8 centimètres.

Exploration de la fosse iliaque. Issue d'un liquide citrin, venant de la grande cavité péritonéale. Anses intestinales de coloration normale. Anus iliaque cæcal en 1 temps. Gaz et quelques matières fœcales liquides s'échappent en abondance. (Suture

soie et crins.) Injection sous-cutanée de 1 cc. d'huile camphrée.

23 *décembre.* — P = 116. Plus de hoquet ni de vomissements. Etat général très amélioré.

TA = 18,5. Urines : 1 litre. Traces d'albumine.

La malade a bien reposé dans la nuit. Morphine, 1/2 centigr.

24 *décembre.* — P = 100. TA = 18.

Urines = 2.250 grammes. Traces d'albumine.

Etat général meilleur. Plus de symptômes abdominaux ni de vomissements.

Lavement de vin. Selles abondantes par le rectum, gaz par l'anus iliaque.

25 *décembre.* — P = 96. TA = 18.

Urines : 2.000 grammes. Albumine : 0. Lavement de vin. Même effet que la veille.

26 *décembre.* — P = 100. TA = 17 ld.

27. — P = 100. TA = 16,5. Urines entre 2.500 et 3.000.

28. — P = 100. TA = 18. La malade a commencé à manger (purées, potages). Tous les matins, un lavement ramenant selles par le rectum et gaz par l'anus iliaque, ainsi que quelques matières le 28.

29. — P = 100. TA = 16. Urines : 3.000. Pas d'albumine.

30. — P = 104. TA = 18. Urines : 3.000. Pas d'albumine.

Examen des yeux (Dr Landrieux). O. D. G. Pas d'exsudats ni d'hémorragie, la pupille et la macula sont normales. En résumé, aucune lésion que l'on puisse attribuer à l'azotémie récente.

31 *décembre.* — P = 100. TA = 78,5. Céphalée. Urines = 2.800. Albumine = 0.

Prise de 40 cc. de sang. Dosage de l'urée, 0 gr. 60 par litre.

1er *janvier.* — P = 100. TA = 17,5. Urines = 2.400. Albumine = 0.

2 — P = 108. TA = 16,5. Urines : 2.500. Albumine, 0.

4 — P = 100. TA = 15. Urines = 2.000. Albumine = 0.

5 — P = 96. TA = 17. Urines = ? Traces légères d'albumine.

6 — A partir de cette date, le pouls varie entre 90 et 100. La tension artérielle entre 16,5 et 15. La quantité d'urine entre 1.500 et 2.500. Etat général bon.

Observation II, nº 133. Janvier 1912.

Albuminurie non traitée.

Décollement total du placenta normalement inséré au cours du 8e mois. Hémorragie consécutive.

Opération de Porro ; lésions hémorragiques de l'utérus.

Enfant mort. Mort de la femme 5 jours après.

P... Appoline, V pare, 35 ans, ménagère.

Grossesses antérieures.

I. Accouchement normal à terme, enfant vivant.

Phlegmatia pendant les suites de couches.

II. Avortement au 4e mois.

III. — Avortement au cours du 2e mois ; cause ?

Phlegmatia pendant les suites de couches.

IV. Accouchement normal à terme.

Grossesse actuelle.

D. R., 15-20 mai.

Grossesse suivie à la Clinique Baudelocque ; pas d'albumine dans les urines. Depuis quelque temps la femme souffrait, dit-elle, de céphalées, de points épigastriques douloureux, de troubles oculaires et auditifs. Œdème des jambes depuis plusieurs mois (varices).

Le 28 janvier, à 6 h.30 du matin, la femme arrive à la clinique, perdant du sang, et en ayant perdu toute la nuit ; vers 3 heures du matin, elle avait été prise d'une syncope, et un médecin appelé avait ordonné son transport immédiat à la clinique.

*Examen à l'entrée.* — Femme obèse, pâle ; faciès bouffi, œdème des jambes. HU = 37.

Impossibilité par le palper de préciser la position du fœtus ; paroi utérine dure et tendue, ne présentant cependant pas de consistance ligneuse. Auscultation négative ; absence de contractions utérines. Au toucher, excavation vide ; membranes intactes ; col déhiscent.

P = 92 bien frappé. T = 36,9.

L'hémorragie cesse après une injection vaginale à 50°.

7 *heures matin.* — Le chef de clinique, M. Pottet, confirme ces constatations ; le toucher détermine une hémorragie abondante. P = 104. Il pratique la rupture artificielle des membranes, il s'écoule alors du sang rouge vif et des caillots noirâtres. La tête fœtale appuie bien sur l'orifice. P = 110. L'hémorragie cesse. Etat stationnaire jusqu'à 8 *heures matin.* A ce moment, nouvelle hémorragie très abondante, l'état général jusque-là bon s'aggrave subitement, dyspnée, pâleur des téguments et des muqueuses, sensation de mort imminente. P = 120, irrégulier, petit. Inhalations d'oxygène ; huile camphrée. M. Pottet pense qu'il ne faut plus escompter la possibilité d'une évacuation de l'utérus par les voies naturelles ; il prévient M. Couvelaire en proposant une opération de Porro immédiate. Mais l'hémorragie continue, incoercible; le pouls devient incomptable ; l'état de la femme devient si grave que M. Pottet décide d'intervenir de suite, ne voyant même plus la possibilité d'attendre M. Couvelaire qui s'était dirigé de suite vers la clinique.

La femme est transportée à la salle d'opération absolument inerte ; son état est tel qu'il est difficile de voir si elle respire. N'osant même pas lui donner de chloroforme, M. Pottet, aidé de M. Bruslon, commence l'opération sans anesthésie, et incise la paroi abdominale. A ce moment, seulement la malade réagit, on suspend l'opération et on lui donne avec précaution du chloro-

forme, on continue alors l'opération, la face antérieure de l'utérus apparaît ecchymotique. Extériorisation de l'utérus qui est si friable qu'il se produit une déchirure près de la corde droite. Après les précautions habituelles, on incise l'utérus sur la ligne médiane. Des caillots noirs s'échappent, et derrière eux *flotte le placenta* complètement décollé. On extrait un fœtus mort de 2.300 grammes, en état de rigidité cadavérique. On retire le placenta et les membranes, et 330 grammes de caillots noirâtres paraissant de formation récente. Pose d'un lien de caoutchouc ; ligature à la soie des pédicules utérins au-dessous du lien ; amputation de l'utérus. Avant de refermer la paroi, on éponge un peu de sang épanché dans le Douglas ; pinces à demeure sur une tranche de ligament large thrombosé, à droite. Fixation du pédicule utérin ; fermeture de la paroi par des points séparés.

M. Couvelaire arrive pendant l'opération, examine la pièce et constate qu'il s'agit non pas d'une hémorragie rétro-placentaire typique mais d'un décollement complet de placenta normalement inséré.

Il existe dans toute l'épaisseur du parenchyme utérin des hémorragies diffuses, l'utérus présente une friabilité particulière ; le placenta présente des foyers hémorragiques anciens et récents.

On sonde la malade, on recueille une urine claire très riche en albumine (8 gr. p. litre). L'opération a duré 20 minutes, pendant lesquelles on fait une injection d'ergotine et 300 grammes de sérum.

La femme est replacée en position déclive dans son lit ; enveloppements chauds, boules chaudes ; sérum physiologique, 500 grammes. Ether, huile camphrée.

P = 120 assez bien frappé ; le facies se recolore progressivement. TA = 15.

4 *heures soir*. La malade faiblissant, on fait 500 grammes de

sérum et une piqûre d'huile camphrée. A 7 heures soir, agitation : morphine. La nuit est assez calme.

29 *janvier*, 8 *heures matin*. — P = 125. TA = 15. T = 37. Facies bon. Sérum, 300 grammes.

Dans la journée, on pratique 6 piqûres d'huile camphrée. Vers 2 *heures* de l'après-midi, on s'aperçoit que la femme saigne et présente un suintement sanguin au niveau du pédicule. M. Couvelaire constate que cet écoulement se fait aux dépens du pédicule utérin droit, dont les vaisseaux ont été coupés par un fil à ligature. Ligature en chaîne sur la moitié droite du moignon et sur le pédicule utérin. Oxygène, 500 grammes de sérum. Injections d'éther et d'huile camphrée. Le soir, piqûre de morphine ; nuit agitée, vomissements muqueux.

30 *janvier*. — Continuation des vomissements ; ballonnement considérable du ventre, sans défense musculaire. On sonde la malade et l'on constate qu'il n'y a plus que des traces d'albumine. Huile camphrée dans la journée.

31 *janvier*. — Urines = 200 grammes claires. Albumine = 0. TA = 18.

1 *heure soir*. La malade n'ayant pas encore rendu de matières, M. Pinard ordonne un lavement purgatif, qui produit un résultat, on écarte alors l'idée de faire un anus iliaque auquel on avait songé.

Sérum physiologique, huile camphrée, 2 cc. toutes les deux heures. P = 120. TA = 18.

1er *février*. — Compresses chaudes sur l'abdomen.

Urines = 500 grammes. P = 120. TA = 11.

Etat général mauvais ; la femme est de plus en plus faible ; le pouls devient de plus en plus filant ; langue sèche.

La femme meurt à 1 h. 50 du soir.

Observation communiquée par M. Couvelaire à la Société d'Obstétrique le 10 juin 1912.

## CHAPITRE VIII

# Valeur pathogénique de l'hypertension artérielle.

L'analyse des observations que nous consignons dans ce travail, en démontrant la constance et l'importance de l'hypertension artérielle dans l'albuminurie gravidique, conduit à une déduction pathogénique toute naturelle. Quel est donc le rôle de l'hypertension dans l'albuminurie gravidique, dans ses complications et dans les lésions qu'elle détermine ?

Quelle est la cause enfin de l'hypertension ? Voilà une question bien difficile à résoudre qui a donné lieu aux théories les plus diverses, aux travaux les plus intéressants ; mais aucun jusqu'à présent ne satisfait pleinement l'esprit.

1° *L'hypertension est-elle la cause de l'albuminurie ?*

Les avis là-dessus sont très partagés.

Stokvis a démontré, contrairement à l'opinion généralement admise, que l'excès de pression dans le système glomérulaire du rein a pour unique effet d'accélérer la vitesse du courant sanguin, et que cette hypertension n'est jamais suivie d'albuminurie.

Chirié, « sans rejeter complètement l'hypertension arté-

rielle comme facteur d'albuminurie », croit qu'une albuminurie considérable provient d'une autre cause. Avec M. Bar, il admet que l'hypertension est « un symptôme important utile à rechercher dans l'éclampsie puerpérale », mais qu'elle ne peut être considérée « comme la cause exclusive de l'éclampsie ».

Cependant il existe des faits expérimentaux ou cliniques qui semblent plaider en faveur de l'opinion inverse.

Dans l'expérience classique de Robinson, après ligature de la veine rénale, qui a pour résultat d'augmenter la pression intra-rénale, les urines sont d'abord supprimées, puis reparaissent mais rares et albumineuses.

Chirié, dans ses recherches sur les effets de la mise en tension des reins, a noté plusieurs fois, pendant toute la durée de la ligature des veines rénales, l'élévation de la tension artérielle et l'apparition consécutive d'albumine dans les urines.

La décapsulation du rein ou la néphrotomie pratiquées chez les éclamptiques anuriques démontrent que l'organe est soumis à une forte pression dont l'abaissement est bientôt suivi du rétablissement de la sécrétion urinaire et de la disparition de l'albumine.

Enfin la constatation de l'hypertension dans certaines néphrites aiguës avec urémie convulsive, l'absence d'hypertension dans l'urémie tuberculeuse sont autant de faits, et nous n'en citons que quelques-uns, qui permettent de penser avec M. Vaquez et Pal que *l'hypertension est la cause de l'albuminurie, des symptômes qui l'accompagnent et des accès convulsifs*. Mais, dit M. Vaquez, « une théorie pathogénique définitive ne saurait être que celle qui don-

nera la raison des crises vasculaires hypertensives constituant l'essence même de l'affection » (1).

M. Wallich pense également que l'hypertension est le facteur essentiel de l'albuminurie ; mais le mécanisme en est plus difficile à saisir que celui désormais de la production des hémorragies qu'on rencontre au niveau des divers organes (foie, reins, rate, cerveau) et du placenta chez les albuminuriques et les éclamptiques.

2° *Hypertension, cause des hémorragies.*

Chirié (2) dans sa thèse indique le rôle important de l'hypertension comme facteur des lésions hémorragiques constatées au niveau du foie et du système nerveux central chez les femmes éclamptiques.

Dans une très intéressante communication faite tout récemment, M. Wallich (3) vient de démontrer le rôle capital de l'hypertension artérielle dans la genèse des hémorragies placentaires. « L'albuminurique comme l'éclamptique, dit-il, font des hémorragies placentaires parce qu'elles sont des hypertendues ». Ces hémorragies très dangereuses pour le fœtus et pour la mère, ne sont pas dues à une action toxique, qui, comme on le croit, altère le placenta et produit l'hémorragie.

C'est l'hypertension vasculaire de ces intoxiquées qui agit mécaniquement sur la partie la moins résistante des vaisseaux de la mère, les lacs sanguins du placenta.

Les hémorragies du foie, de la rate, du rein et du cer-

(1) Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

(2) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*

(3) Wallich. Prophylaxie des hémorragies placentaires des albuminuriques et des éclamptiques. *Société d'obstétrique*, 10 juin 1912.

veau chez les éclamptiques, sont bien plutôt le fait des coups brusques d'hypertension que d'une altération vasculaire préalable. Les lésions viscérales et placentaires nécrotiques ne seraient que secondaires aux lésions hémorragiques mécaniques.

Il faut donc, chez toutes les femmes enceintes, surveiller périodiquement et régulièrement la tension du pouls comme on surveille l'analyse des urines, établir une cure de désintoxication par le régime, les purgatifs, et, au besoin, pratiquer une saignée avant que l'hypertension cause des hémorragies placentaires.

3° *Causes de l'hypertension.*

Il nous reste à chercher la cause de cette hypertension, et bien que les hypothèses sur ce point soient extrêmement nombreuses, aucune n'est pleinement satisfaisante. L'influence de l'hypertrophie cardiaque, de la rétention chlorurée (Bar, Chirié) sur l'élévation de la pression sanguine est indéniable. Les modifications quantitatives, physiques ou chimiques du sang jouent peut-être aussi un rôle ; et dans cet ordre d'idées on peut se demander quels sont les rapports de la tension artérielle et de la *viscosité sanguine.* Or, les travaux de Martinet (1) nous apprennent « qu'à l'état normal avec un système circulatoire indemne et en parfait état d'équilibre, il existe un *rapport constant entre la tension maxima et la viscosité sanguine* ».

Martinet a noté chez nombre d'individus pléthoriques hypertendus, ne présentant aucune lésion organique cardiaque ou rénale, une viscosité sanguine élevée. Et l'auteur

(1) Martinet. Viscosité sanguine et artério-sclérose.

conclut : « Une hypertension artérielle coïncidant avec une hyperviscosité nette, peut n'être que l'équivalent sphygmo-viscosimétrique d'une pléthore sanguine simple sans adultération angio-néphrétique. »

La femme enceinte albuminurique ne rentrerait-elle pas dans cette catégorie des pléthoriques hypertendus ?

Enfin l'hypertension n'est-elle pas due à une réaction particulière des glandes endocrines, hypophyse, parathyroïdes, et surtout glandes surrénales ?

Léon Bernard et Bigart (1) ont retrouvé à l'examen histologique des signes de suractivité et de prolifération des cellules capsulaires dans l'intoxication saturnine expérimentale, et l'on sait que le plomb est le poison hypertensif par excellence.

M. Vaquez (2) a constaté à l'autopsie d'une malade ayant présenté de l'hypertension et morte de néphrite chronique la transformation d'une surrénale en un adénome volumineux. Dufour (3) note l'hypertrophie des surrénales chez un malade mort de néphrite interstitielle. Aubertin et Ambard (4), sur 8 cas de néphrite avec hypertension,retrouvent 3 fois de gros adénomes surrénaux, et 5 fois une augmentation de poids des capsules ; alors que dans 12 cas de maladies sans hypertension, ils n'ont noté qu'une seule fois pareille augmentation de volume.

D'autre part, Léon Bernard et Sergent ont constaté que

(1) Léon Bernard et Bigart. *Société de biologie*, 5 novembre 1904 et 16 janvier 1904.

(2) Vaquez. *Société médicale des Hôpitaux*, 4 février 1904.

(3) Dufour. *Société médicale des Hôpitaux*, 12 février 1904.

(4) Aubertin et Ambard. Lésions des capsules surrénales dans les néphrites avec hypertension, *Soc. médicale des Hôpitaux*, 19 fév. 1904.

l'hypotension était de règle et très accentuée dans les maladies caractérisées par une insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales, chez les addisoniens en particulier.

Tous ces résultats n'engagent-ils pas à considérer, ainsi que le pense M. Vaquez, l'élévation de la pression artérielle comme étant sous la dépendance d'une hyperfonction surrénale, comme « due à la présence d'un principe hypertenseur dans le sang, tel que l'adrénaline ou une substance proche » ?

Malheureusement l'état actuel de la science ne permet pas encore de résoudre un problème aussi complexe.

Tout ce qu'on peut dire c'est que les femmes enceintes hypertendues sont des intoxiquées, et que l'hypertension est due à la rétention dans l'organisme des produits toxiques non éliminés par les urines, et à la pénétration dans le sang de poisons hypothétiques qui ne sont plus neutralisés par le foie devenu insuffisant et incapable pour cette raison de remplir sa fonction spécifique *hypotensive*.

La conclusion pratique à tirer de tout cela est que nous devons dès la première heure surveiller l'état de la tension artérielle chez les femmes enceintes albuminuriques, et que nous devons employer tous nos efforts à lutter contre l'hypertension.

## CHAPITRE IX

### I. — Traitement de l'albuminurie gravidique.

Dès 1872, M. Jaccoud, dans les leçons qu'il professait à l'hôpital Lariboisière, recommandait le *régime lacté* comme traitement de l'albuminurie gravidique et comme traitement préventif de l'*urémie*.

Le 11 décembre 1875, Tarnier, à la suite des recherches entreprises en collaboration avec son interne d'alors M. Pinard, publiait dans le *Progrès Médical* un article intitulé : *De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme traitement préventif de l'éclampsie.* Et il disait : « La guérison de l'albuminurie pendant la grossesse me fait espérer que dans bon nombre de cas on pourra prévenir l'éclampsie par le même moyen. »

« Il est permis d'affirmer, on peut et on doit proclamer, dit M. le professeur Pinard, que *l'acte de naissance du traitement prophylactique des accès convulsifs dits éclamptiques* date de ce jour ; et depuis cette époque, parmi les milliers d'observations que j'ai accumulées, il n'en est aucune témoignant de l'inefficacité du traitement préconisé par mon maître. »

Nous allons indiquer dans ses grandes lignes le traite-

ment auquel sont systématiquement soumises les femmes enceintes albuminuriques à la clinique Baudelocque : traitement qui est à la fois *antitoxique, hypotensif et diurétique.*

Toute albuminurique dès son arrivée est soumise au *repos absolu au lit*, placée immédiatement dans une chambre dont la température atteignant au moins 20° *doit rester constante*, et *recouverte de flanelle* (rôle hypotensif du repos et de la chaleur modérée).

On lui administre aussitôt un *purgatif drastique*, dont la formule la plus usitée est :

| | |
|---|---|
| Eau-de-vie allemande. . . . | 10 grammes. |
| Sirop de Nerprun . . . . . | 20 grammes. |

de façon à débarrasser l'organisme de la plus grande quantité possible de produits toxiques.

Elle est ensuite soumise *au régime lacté absolu* grâce auquel on ne fait pénétrer dans l'organisme qu'un minimum de produits toxiques : on empêche la formation de poisons nouveaux ; on réalise dans une certaine mesure la méthode hypotensive ; grâce auquel, enfin, on favorise la diurèse, et avec elle l'élimination d'éléments nuisibles. La quantité de lait est infiniment variable, mais de l'avis de M. Pinard, *plus la quantité ingérée est grande mieux cela vaut.* 3 litres par 24 heures constituent une bonne ration alimentaire qui doit être absorbée par prises régulières, toutes les 2 heures par exemple.

Il est préférable de se servir d'un lait bouilli, qui peut être pris chaud ou froid, sucré ou non, et aromatisé selon le goût. Le plus souvent, le lait est bien supporté. Quand exceptionnellement l'intolérance gastrique se montre, il

faut prescrire le lait écrémé ou coupé d'eau de Vals, Vichy, Evian ou Dirza. En cas d'intolérance absolue, ou dans les cas d'albuminurie massive, avec symptômes graves, tension très élevée, la femme est soumise à la *diète hydrique* (eau stérilisée, Evian, Dirza, eau lactosée : 50 grammes de lactose par litre). Un tel régime auquel on associe les *lavements évacuateurs quotidiens*, les purgatifs légers répétés, les frictions sur le corps pour stimuler les fonctions de la peau, constitue le meilleur moyen d'activer le fonctionnement des émonctoires (reins, intestin, peau).

Le régime lacté doit être suivi jusqu'à la disparition de l'albumine, et c'est alors qu'on peut soumettre la femme *au régime blanc* (lait, viandes blanches, féculents, légumes et fruits cuits).

Le *régime déchloruré* rend les plus grands services lorsque chez les femmes albuminuriques on constate un œdème dur donnant la preuve de l'intensité de la rétention (M. Pinard). Enfin il ne faut pas négliger de surveiller la diurèse, comme le recommande M. Pinard : la quantité d'urines doit atteindre environ 2 litres, et ne doit pas dépasser un minimum de 1.000 grammes.

Quand enfin on constate une hypertension considérable avec céphalée intense, troubles visuels, les signes, en un mot, traduisant une intoxication profonde, et annonçant l'imminence des accès éclamptiques, on doit pratiquer *une saignée* de 500 à 600 grammes.

« Autant nous sommes tout-puissants pour prévenir les accès éclamptiques, autant notre puissance curative est faible quand ils existent » (M. Pinard).

## II. — Traitement des accès convulsifs dits éclamptiques.

A. — *Traitement prophylactique.*

Convaincu par les observations éloquentes recueillies à la Maternité en 1873 et publiées ensuite par M. Pinard, Tarnier disait à l'Académie de médecine en 1893 : « On le voit, nous ne sommes pas complètement désarmés dans le traitement curatif de l'éclampsie, mais les revers sont extrêmement nombreux. Fort heureusement la prophylaxie de cette terrible maladie est pour ainsi dire toute-puissante, et je tiens à proclamer encore les bienfaits du régime lacté absolu » (1). Dans son mémoire très complet, Commandeur (2) constate que les recherches poursuivies au cours de ces quinze dernières années sur la pathogénie de l'éclampsie n'ont pu déterminer encore l'orientation de la thérapeutique dans le sens d'une indication vraiment causale ; jusqu'ici le traitement reste *purement et uniquement symptomatique.* Il conclut que la seule thérapeutique certainement efficace est la *thérapeutique prophylactique.* Ce traitement préventif des accidents éclamptiques consiste en l'application précoce et prolongée des moyens que nous venons d'indiquer pour l'albuminurie gravidique.

Mais on doit avant et par-dessus tout insister sur le *régime lacté absolu* « et montrer au besoin à la femme, dit M. Pinard, que c'est pour elle une question de vie ou de

(1) Tarnier. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 17 janvier 1893.

(2) Commandeur. Traitement de l'éclampsie. XIV[e] Session de la *Société obstétricale de France*, 7 octobre 1911.

mort ». C'est grâce à ce traitement que les éclamptiques deviennent de plus en plus rares.

B. — *Traitement symptomatique des accès convulsifs.*

Si les accès convulsifs surviennent malgré la thérapeutique employée, il faut recourir aux moyens que nous avons toujours vu employer ou employés nous-même à la Clinique Baudelocque.

MM. Porak, Macé et Chirié rejettent les calmants du système nerveux, redoutant l'action nocive de certains, du chloroforme en particulier. « La saignée massive, dit Chirié (1), est le seul traitement employé contre les accidents éclamptiques ; on la complète invariablement par l'administration d'un purgatif et d'un lavage rectal abondant. »

Le traitement suivi dans le service de M. Pinard répond à deux indications : 1° *diminuer l'excitabilité du système nerveux;* 2° *abaisser la tension artérielle.*

1° Lorsqu'un accès éclamptique survient, on cherche d'abord à calmer les convulsions par l'administration du *chloroforme* et du *chloral.* Les inhalations de chloroforme sont poussées jusqu'à la résolution musculaire complète ; « mais celle-ci obtenue, il est capital de rester auprès de la malade afin de recommencer dès que se manifeste un peu d'agitation, prélude constant d'un nouvel accès. Et ainsi de suite pendant des heures et quelquefois des jours ! » (Wallich).

Cette méthode employée pour la première fois en France par le professeur Richet en 1848 fut énergiquement combattue en 1854 par Depaul qui écrivait : « Ni le raisonne-

(1) Chirié. *Thèse de Paris, loco citato.*

ment, ni les faits ne peuvent conduire à l'emploi de ce moyen. »

Tarnier, cependant, l'employa avec succès et alla jusqu'à faire respirer à une éclamptique 400 grammes de chloroforme dans une nuit. M. le professeur Pinard, qui depuis 1873 emploie le chloroforme contre les accès éclamptiques parfois à des *doses massives* (500 à 700 grammes), n'a guère enregistré que des succès. Il considère qu'on a singulièrement exagéré l'action nocive du chloroforme sur la cellule hépatique et combat énergiquement les théories allemandes (Dührsen, Nothnagel, Ungar, Fehling) qui voient dans cet anesthésique une cause de dégénérescence graisseuse du foie et des reins, ou d'augmentation de la fragilité globulaire (Fischer, Bernstein). Contre l'excitabilité du système nerveux, M. Pinard préconise encore *l'hydrate de chloral*, employé pour la première fois dans les accès éclamptiques par de St-Germain en 1869. Il est administré par *voie rectale après lavement purgatif*, si la voie buccale est impraticable, et la dose de 4 grammes employée d'emblée peut être renouvelée jusqu'à atteindre 8 et 10 grammes en 24 heures.

2° L'abaissement de l'hypertension artérielle est obtenu par la saignée connue depuis longtemps et employée par Puzos, Baudelocque, Paul Dubois, Depaul.

MM. Macé et Chirié, reprenant la méthode des anciens auteurs, conseillent la saignée massive de 1.000 à 1.500 et 1.800 grammes, pour obtenir un abaissement rapide et durable de la tension, et l'élimination « en quelques minutes » d'une grande quantité de produits toxiques.

Nous ne discuterons pas cette méthode qui a, du reste,

fait ses preuves. Nous nous contenterons de signaler qu'à la Clinique Baudelocque on pratique des saignées de 300 à 600 grammes seulement, et les résultats obtenus ont toujours été très encourageants. L'abaissement de la tension après la saignée est de 4 à 5 centimètres de Hg, et l'emploi du chloral, des purgatifs, prolongé tant que cela paraît nécessaire, a donné à M. Pinard des succès qui supportent hardiment la comparaison avec ceux qu'enregistrent Porak, Macé et Chirié. Ceux-ci, en effet, d'après leur statistique, signalent une mortalité de 1/4, alors que M. Pinard ne dépasse pas le chiffre de 1/5. Quant aux autres médications, telles que morphine, veratrum viride, trinitrine, hydrate d'amylène, iodure de potassium, opothérapie thyroïdienne, surrénale ou mammaire, ponction lombaire, etc., elles sont encore mal réglées ou donnent des résultats trop incertains pour être employées systématiquement.

Dans les accidents éclamptiques graves *post partum*, avec *anurie persistante*, la décapsulation du rein avec ou sans néphrotomie mérite d'être tentée malgré la forte mortalité qu'elle donne encore.

C. — *Traitement obstétrical.*

Le traitement obstétrical des accidents éclamptiques a été de tout temps discuté; faut-il, évacuer l'utérus d'une femme éclamptique; faut-il, au contraire, s'en abstenir?

Cette question a reçu déjà bien des solutions contradictoires, et il faut reconnaître qu'elle n'est pas encore définitivement tranchée. Nous n'entrerons donc pas dans la discussion des nombreuses méthodes proposées, et nous ne ferons que résumer sur ce chapitre l'opinion de notre maî-

tre M. le professeur Pinard. M. Pinard, fort de sa longue expérience, se basant sur les résultats peu encourageants de l'accouchement forcé par des procédés sanglants (césarienne abdominale ou vaginale) et non sanglants, s'élève contre cette méthode qui jouit d'une vogue immense dans les pays d'outre-Rhin. Déjà en 1893, il disait (1) à l'Académie de Médecine : « Je considère que ce serait folie de recourir à l'accouchement forcé si l'on admet que les accidents éclamptiques ne sont qu'une manifestation de l'auto-intoxication gravidique. » Comme le faisait remarquer notre maître tout dernièrement encore (2) :

« Est-on sûr de guérir par une césarienne abdominale ou vaginale une femme qui a des crises convulsives avant tout début de travail, puisqu'elle peut faire de nouveaux accès après la délivrance ; à quoi bon alors avoir produit une plaie utérine qui amoindrit un organe aussi important ? » Nous conclurons en reproduisant ici ce que disait M. Pinard au Congrès de Rome en 1902 au sujet « *des indications médicales à la provocation de l'accouchement* (3) ».

Parlant de l'albuminurie, il dit : « Le traitement de cette toxémie a rendu cette indication bien rare. Mais quand par exception, chez une femme enceinte, dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accentuent, quand l'acte respi-

(1) M. Pinard. *Bulletin de l'Académie de médecine*, janvier 1893.
(2) M. Pinard. Enseignement magistral. *Leçon du* 29 avril 1912.
(3) M. Pinard. Indications médicales à provocation de l'accouchement. *Congrès de Rome*, 1902. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, sept. 1902.

ratoire est modifié, on peut trouver dans le cortège symptomatique une indication suffisante. Mais, je le répète, cette indication est extrêmement rare si la femme est soumise strictement au traitement spécial qui est connu de tous les médecins à l'heure actuelle ».

Parlant ensuite des accès éclamptiques, M. Pinard s'exprime ainsi : « Je considère jusqu'à présent qu'à moins de circonstances exceptionnelles la nécessité de l'interruption de la grossesse, chez une femme atteinte de crises éclamptiques, ne paraît pas suffisamment démontrée. De nouvelles statistiques, de nouveaux documents me semblent indispensables pour entraîner la conviction, car je sais combien les séries heureuses sont trop souvent suivies de séries malheureuses. »

En résumé, au point de vue obstétrical, dès que la dilatation est complète, et dans le cas seulement d'accidents éclamptiques, il faut extraire le fœtus par forceps ou version ; mais « il est peu utile et non sans danger d'entreprendre chez une éclamptique la provocation de l'accouchement, ou de chercher à accélérer la dilatation » (Wallich).

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue surtout, c'est l'efficacité du traitement prophylactique ; et c'est en faisant la prophylaxie des accidents éclamptiques qu'on n'aura pas à faire de césariennes vaginales ou autres interventions mutilatrices.

« Avant tout, l'accoucheur doit être médecin, et le médecin est celui qui emploie les moyens pour multiplier l'espèce. Mais dans certains cas, mieux vaut pour lui de sacrifier un enfant impropre à la vie que d'avoir à se reprocher la mort d'une mère » (M. Pinard).

## CONCLUSIONS

### I

D'après nos observations, l'hypertension artérielle est un phénomène constant dans l'albuminurie gravidique proprement dite. Seules les albuminuries intermittentes et passagères, l'albuminurie du travail, les albuminuries par suppuration, celles de la période prétuberculeuse, sont caractérisées par une tension normale ou hyponormale.

### II

Il existe un parallélisme évident entre la tension artérielle, l'albuminurie et la diurèse considérées chez une même femme en état de gestation, et les variations survenant dans la quantité d'albumine et d'urine sont calquées sur les modifications que subit la tension artérielle avant comme après l'accouchement.

### III

A l'inverse de l'hypotension qui a été signalée à la fin de la gestation normale, on constate chez les albuminuriques gravidiques une élévation de la tension artérielle dans les 4 ou 5 jours précédant le début du travail ; élévation en rapport avec la réascension du taux de l'albumine, la diminution de la diurèse et l'augmentation du pouls.

IV

Pendant le travail et au moment de l'accouchement, la pression artérielle soumise à l'influence de l'effort présente les mêmes modifications chez les femmes atteintes d'albuminurie gravidique que chez les femmes en état de gestation normale.

V

Après l'accouchement et la délivrance, la tension artérielle revient en général brusquement à son chiffre normal pour ne plus s'en écarter. Cette chute est d'autant plus rapide et plus accentuée que la tension était plus élevée avant l'accouchement, elle est en rapport avec la disparition de l'albuminurie et l'augmentation de la diurèse.

VI

Il y a une importance capitale à suivre journellement les modifications de la tension artérielle chez les femmes atteintes d'albuminurie gravidique, car c'est elle qui permet de suivre pas à pas l'évolution de ce syndrôme pathologique et d'en prévoir, pour les prévenir, les complications redoutables. Elle acquiert de ce fait une valeur pronostique de premier ordre.

VII

L'hypertension artérielle, qui est peut-être la cause de l'albuminurie gravidique, paraît être le facteur capital des

lésions anatomo-pathologiques prédominantes, c'est-à-dire des hémorragies viscérales et des hémorragies intra et rétro-placentaires (Wallich).

## VIII

Le but essentiel de la thérapeutique dans l'albuminurie gravidique doit être d'abaisser l'hypertension artérielle, cause des accidents et des lésions. Le traitement à la fois *antitoxique*, *hypotensif* et *diurétique*, employé dès l'apparition de l'hypertension, est le seul moyen curatif de l'albuminurie gravidique et prophylactique des autres accidents, hémorragies et accès convulsifs dits éclamptiques.

*Vu : le Doyen,*
LANDOUZY

*Vu : le Président,*
PINARD

*Vu, et permis d'imprimer:*
*Le Vice-Recteur de l'Université de Paris,*
LIARD.

Imp. de Vaugirard, H.-L. Motti, dir. 12-13, impasse Ronsin, Paris.